

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России (Пироговский
Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.42 Неврология

Этап программы ординатуры

Второй этап

Москва, 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.42 Неврология, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, педагогическими работниками кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ИНН

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Мартынов Михаил Юрьевич	д. м. н., профессор, член корр. РАН	Заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ИНН
2	Петрухин Андрей Сергеевич	д. м. н., профессор	Профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ИНН
3	Чуканова Елена Игоревна	д. м. н., доцент	Профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ИНН
4	Кольцова Евгения Александровна	к.м.н., доцент	Профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ИНН
5	Чуканова Анна Сергеевна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ИНН

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры, протокол от «26» мая 2026 г. № 16.

Заведующий кафедрой

_____/ М.Ю. Мартынов/

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2.	Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание.....	5
3.	Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	98
4.	Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	99

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных во втором этапе программы ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология.

Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, установленных образовательным стандартом специализированного высшего образования, утвержденным Университетом самостоятельно (далее – ОС СПбВО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «Врач-невролог (медицинская помощь в стационарных условиях)» – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению второго этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения второго этапа программы ординатуры, проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных во втором этапе программы ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
--	--

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Профессиональные компетенции

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен проводить обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза в условиях стационара
	ПК-2. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в условиях стационара, контролировать его эффективность и безопасность
	ПК-3. Способен определять показания и назначать медицинскую реабилитацию пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в условиях стационара, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, оценивать способности пациента осуществлять трудовую деятельность
	ПК-4. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний нервной системы и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения в условиях стационара
	ПК-5. Способен оказывать паллиативную медицинскую помощь пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в условиях стационара
	ПК-6. Способен проводить медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в условиях стационара
	ПК-7. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала в условиях стационара
	ПК-8. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме в условиях стационара

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ОС СпВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 2 зачетные единицы (72 академических часа), из которых 1.3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 0.7 зачетных единиц (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1,5 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения второго этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения второго этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать следующие навыки: оценить анамнез, продемонстрировать методику неврологического осмотра пациента для определения топического диагноза, оценить результаты комплексного обследования пациента, поставить предварительный диагноз, провести анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, сделать заключение об изменениях, описать методику дифференциальной диагностики неврологических заболеваний, предложить дальнейшую тактику ведения пациента в стационарных условиях, описать методику неотложной помощи, определить показания к медицинской реабилитации, оценить состояние и определить нетрудоспособность пациента, определить профилактические мероприятия. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	

Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	Организация медицинской помощи
1	Общественное здоровье – это наука, изучающая закономерности ведущих показателей, а также факторы, от которых зависит состояние здоровья общества.
	здоровье населения в целом
	отдельных однородных групп населения
	здоровье каждого отдельного индивидуума
	здоровье пациента при оказании ему медицинской помощи
2	В чем состоит важнейшая проблема современного здравоохранения состоит в том, чтобы обеспечить использование ограниченных ресурсов здравоохранения.
	максимально эффективное
	полноценное
	минимально затратное
	результативное
3	Развитие каким приоритетным Национальным проектом «Здоровье» предусматривается развитие медицинской помощи в нашей стране
	первичной
	коммерческой
	стационарной
	специализированной
4	Статистические методы, которые применяются в оценке состояния здоровья населения, входят в какой раздел статистики.
	медицинскую
	демографическую

	экономическую
	социальную
5	Статистические методы, которые применяются в установлении зависимости здоровья населения от различных факторов, входят в статистику .
	здоровья
	здравоохранения
	болезни
	социологии
6	Изучение статистики способствует развитию у врачей дедуктивных способностей, т.е. умения проводить какой анализ
	общего к частному*
	частного к общему
	целого к части
	части к целому
7	Изучение статистики способствует развитию у врачей индуктивных способностей, т.е. умения проводить анализ от
	частного к общему
	общего к частному
	целого к части
	части к целому
8	Для изучения заболеваемости обследуемой группы в качестве источников информации используются какие данные.
	медицинской документации
	официальной статистики
	опроса врачей
	опроса родственников
9	Особую роль показатели физического развития играют в оценке состояния здоровья каких групп населения.
	детей
	взрослого населения
	лиц с хронической патологией
	при остром заболевании
10	Как определяет ВОЗ термин «заболевание» – это любое объективное или субъективное.
	отклонение от нормального физиологического состояния
	видоизменение трудовой деятельности в течение года
	нарушение нормального функционирования
	медико-социальное взаимодействие
11	В структуре общей заболеваемости взрослого населения преобладают какие заболевания/болезни
	системы кровообращения
	органов дыхания
	травмы и отравления
	органов пищеварения
12	Инвалидность – это _____ вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.
	социальная недостаточность
	медицинская недостаточность

	физическая дисфункция
	профессиональная дезадаптация
13	В качестве субъектов управления медицинских организациях выступает
	главный врач
	врач специалист
	врач-ординатор
	участковый врач
14	Механизмы управления предполагают взаимодействие
	руководства и исполнителей
	производственных и непроизводственных фондов
	законов и нормативных документов
	сметы и финансового плана учреждения
15	Для современного типа управления характерна
	децентрализация управленческого механизма
	ликвидация управленческого механизма
	централизация управленческого механизма
	снижение уровня ответственности на низких уровнях управления
1	Структурно функциональные особенности нервной системы. Топическая диагностика.
16	Наиболее распространенной формой нейрона у человека являются клетки
	униполярные
	биполярные
	мультиполярные
	псевдоуниполярные
17	Нервные импульсы генерируются
	клеточным ядром
	митохондриями
	наружной мембраной
	аксоном
	нейрофиламентами
18	Передача нервного импульса происходит
	в синапсах
	в нейронах
	в митохондриях
	в лизосомах
	в цитоплазме
19	Миелиновая оболочка нервного волокна определяет
	длину аксона и точность проведения
	скорость проведения нервного импульса
	длину аксона
	принадлежность к чувствительным проводникам
	принадлежность к двигательным проводникам
20	Нейроглия выполняет
	опорную и трофическую функцию
	опорную и секреторную функцию
	трофическую и энергетическую функцию
	только секреторную функцию
	только опорную функцию

21	Миелин в центральной нервной системе вырабатывают
	астроциты
	олигодендроглиоциты
	микроглиоциты
	эпендимоциты
	нейроны
22	Медиатором тормозного действия является
	ацетилхолин
	ГАМК
	норадреналин
	адреналин
	серотонин
23	Медиатором возбуждающего действия является
	ацетилхолин
	ГАМК
	норадреналин
	адреналин
24	Количество хромосом у человека
	23
	22
	46
	45
	44
25	Ген это
	Белок, который состоит из азотистого основания, остатка пентозного кольца и фосфорной кислоты
	Триплет нуклеотидов
	Участок ДНК, несущий информацию о строение одной молекулы белка или одной молекулы РНК
	Аминокислота
26	К азотистым основаниям, составляющие ДНК не относится
	Цитозин
	Тимин
	Гуанин
	Аденин
	Лецитин
27	Основными задачами медицинской генетики является изучение
	законов наследственности и изменчивости человеческого организма
	популяционной статистики наследственных заболеваний
	молекулярных и биохимических аспектов наследственности
	изменения наследственности под воздействием факторов окружающей среды
	всего перечисленного
28	Генотип организма представляет собой систему взаимодействия генов, при которой наследственные признаки определяются путем участия
	одного гена в определении одного признака
	одного гена в определении многих признаков
	многих генов в определении одного признака
	верно 1) и 3)
	верно все перечисленное

29	Фенотип - это совокупность признаков и свойств организма, проявление которых обусловлено
	действием доминантного гена
	действием рецессивного гена
	взаимодействием генотипа с факторами среды
	действием факторов среды
30	Кариотип - это совокупность особенностей хромосомного набора (комплекса) клетки, определяющаяся
	числом половых хромосом
	формой хромосом
	структурой хромосом
	взаимодействием генотипа с факторами среды
31	Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)
	на границе спинного и продолговатого мозга
	в продолговатом мозге
	в мосту мозга
	в ножках мозга
	в зрительном бугре
32	Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде
	неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
	инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
	телец Меркеля
	телец Фатера - Пачини
	Телец Гольджи
33	Для выявления нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить
	место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела
	рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры
	два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела
	на ощупь знакомые предметы
34	Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного
	осуществить фланговую походку
	стать в позу Ромберга с закрытыми глазами
	стоя, отклониться назад
	пройти с закрытыми глазами
	усложненная поза Ромберга
35	Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения
	бледного шара
	хвостатого ядра
	красного ядра
	таламуса
	кортико-спинального пути
36	При центральном парезе не наблюдается
	клонусы
	повышения сухожильных рефлексов
	фибриляции

	глобальные синкинезии
	симптомы орально автоматизма
37	Для пирамидной спастичности характерно преимущественное повышение тонуса в мышцах сгибателях и пронаторах рук и разгибателях ног
	сгибателях ног и разгибателях рук
	сгибателях и разгибателях рук и ног равномерно
	разгибателях рук и ног
	сгибателях рук и ног
38	Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс
	Бабинского
	Оппенгейма
	Россолимо
	Гордона
	Чеддока
39	Рефлекс Оппегейма вызывают
	сдавлением икроножной мышцы
	сдавлением ахиллова сухожилия
	штриховым раздражением подошвы
	штриховым раздражением кожи наружной лодыжки
	проведение по гребню большеберцовой кости вниз к голеностопному суставу
40	К признакам периферического пареза не относится
	парез
	снижение мышечного тонуса
	синкинезии
	атрофии
	снижение сухожильных периостальных рефлексов
41	Хватательный рефлекс Янишевского отмечается при поражении
	теменной доли
	височной доли
	лобной доли
	затылочной доли
	мозжечка
42	Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов
	кортикоспинальных
	кортиконуклеарных
	лобно-мосто-мозжечковых
	руброспинальных
	текоспинальных
43	Центральный парез левой руки возникает при локализации очага
	в верхних отделах передней центральной извилины слева
	в нижних отделах передней центральной извилины слева
	в заднем бедре внутренней капсулы
	в колене внутренней капсулы
	в среднем отделе передней центральной извилины справа
44	Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается
	вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
	спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
	нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи

	спастическим парепарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
45	Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании
	с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
	с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
	с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага, а болевой и температурной чувствительности - на противоположной
	с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
46	Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальце-носовой пробы характерно
	для мозжечковой атаксии
	для вестибулярной атаксии
	для лобной атаксии
	для сенситивной атаксии
	для всех перечисленных
47	Хореический гиперкинез возникает при поражении
	палеостриатума
	неостриатума
	медиального бледного шара
	латерального бледного шара
48	При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
	динамическая
	вестибулярная
	статическая
	сенситивная
49	Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
	в латеральном ядре бледного шара
	в полосатом теле
	в медиальном ядре бледного шара
	в субталамическом ядре
	верно 1) и 3)
50	Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через
	красное ядро
	люисово тело
	черное вещество
	полосатое тело
	бледный шар
51	Через верхние ножки мозжечка проходит путь
	задний спинно-мозжечковый
	передний спинно-мозжечковый
	лобно-мосто-мозжечковый
	затылочно-височно-мосто-мозжечковый
	вестибуло-мозжечковый
52	Биназальная гемианопсия наступает при поражении
	центральных отделов перекреста зрительных нервов
	наружных отделов перекреста зрительных нервов
	зрительной лучистости

	зрительных трактов
	зрительного нерва
53	К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление
	зрительного тракта
	наружного коленчатого тела
	зрительной лучистости
	зрительного перекреста
	зрительного нерва
54	Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
	зрительного тракта
	зрительного перекреста
	зрительной лучистости
	внутренней капсулы
	наружного коленчатого тела
55	При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефlekсах справа очаг локализуется
	в левом мосто-мозжечковом углу
	в правом полушарии мозжечка
	в мосту мозга слева
	в области верхушки пирамиды левой височной кости
	в правом мосто-мозжечковом углу
56	При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
	верхней прямой
	наружной прямой
	нижней прямой
	нижней косой
57	Мидриаз возникает при поражении
	верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
	нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
	мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
	среднего непарного ядра
	ядра медиального продольного пучка
58	Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка
	на свет
	на болевое раздражение
	на конвергенцию
	на аккомодацию
59	Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении
	продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
	продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
	колена внутренней капсулы слева
	заднего бедра внутренней капсулы слева
	переднего бедра внутренней капсулы слева
60	Для синдрома яремного отверстия не характерно поражение нерва
	языкоглоточного

	блуждающего
	добавочного
	подъязычного
	отводящего
61	При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится
	в основании ножки мозга
	в заднебоковом отделе продолговатого мозга
	в области красного ядра
	в основании нижней части моста мозга
	в нижних отделах продолговатого мозга
62	Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов
	лицевого и отводящего
	лицевого и глазодвигательного
	языкоглоточного нерва и блуждающего
	подъязычного и добавочного
	блуждающего, подъязычного и добавочного
63	Для поражения дорсолатерального отдела продолговатого мозга (альтернирующий синдром Валленберга - Захарченко) не является характерным наличие
	паралича мягкого неба, голосовой связки на стороне очага
	атаксии на стороне очага
	сегментарных расстройств чувствительности на лице на стороне очага
	нарушения болевой и температурной чувствительности на противоположной очагу стороне
	гемипареза на противоположной очагу стороне
64	Для выявления амнестической афазии следует
	проверить устный счет
	предложить больному назвать окружающие предметы
	предложить больному прочитать текст
	убедиться в понимании больным обращенной речи
65	Амнестическая афазия наблюдается при поражении
	лобной доли
	теменной доли
	стыка лобной и теменной доли
	стыка височной и теменной доли
	затылочной доли
66	Сенсорная афазия возникает при поражении
	верхней височной извилины
	средней височной извилины
	верхней теменной доли
	нижней теменной доли
	средней лобной извилины
67	Больной с сенсорной афазией
	не может говорить и не понимает обращенную речь
	понимает обращенную речь, но не может говорить
	может говорить, но забывает названия предметов
	не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
	не понимает обращенную речь и не контролирует собственную
68	Больной с моторной афазией

	понимает обращенную речь, но не может говорить
	не понимает обращенную речь и не может говорить
	может говорить, но не понимает обращенную речь
	может говорить, но речь скандированная
	может говорить, но забывает названия предметов
69	Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному
	поднять руку
	коснуться правой рукой левого уха
	сложить заданную фигуру из спичек
	выполнить различные движения по подражанию
70	Апраксия возникает при поражении
	лобной доли доминантного полушария
	лобной доли недоминантного полушария
	теменной доли доминантного полушария
	теменной доли недоминантного полушария
	височной доли недоминантного полушария
71	Расстройство схемы тела отмечается при поражении
	височной доли доминантного полушария
	височной доли недоминантного полушария
	лобной доли недоминантного полушария
	теменной доли недоминантного полушария
	теменной доли доминантного полушария
72	Моторная апраксия в левой руке развивается
	при поражении колена мозолистого тела
	при поражении ствола мозолистого тела
	при поражении утолщения мозолистого тела
	При поражении теменной доли правого полушария
73	Астереогноз возникает при поражении
	язычной извилины теменной доли
	верхней височной извилины
	нижней лобной извилины
	средней лобной извилины
	верхней теменной доли
74	Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
	обонятельного бугорка
	обонятельной луковицы
	обонятельных рецепторов
	височной доли
	теменной доли
75	Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага
	в переднем адверсивном поле справа
	в верхнем отделе задней центральной извилины справа
	в нижнем отделе передней центральной извилины справа
	в верхнем отделе передней центральной извилины справа
	в нижнем отделе задней центральной извилины справа
76	Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением доли
	лобной
	височной

	теменной
	затылочной
77	Слуховая агнозия возникает при поражении
	лобной
	височной
	теменной
	затылочной
78	Какие шкалы применяются для оценки когнитивных функций
	Шкала активности Френчай
	Шкала Бартела
	Шкала Ренкин
	МИНИ-КОГ
	Шкала NIHNS
79	Симпатические клетки в спинном мозге располагаются
	в передних рогах
	в задних рогах
	в передних и задних рогах
	в боковых рогах
	в передних, задних и боковых рогах
80	При оценке дермографизма следует учитывать, что в норме
	красный дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища
	красный дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей
	белый дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища
	белый дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей
81	В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба
	Ашнера (глазосердечный рефлекс)
	клиностатическая
	ортостатическая
	шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
82	Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов
	C5-T10
	T1-T12
	C8-L3
	T6-L4
	L5-S1-S2
83	Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов
	L4-L5-S1
	L5-S1-S2
	S1-S3
	S2-S4
	S3-S5
84	Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов
	C6-C7

	C7-C8
	T1-T2
	T2-T3
	C5-T10
85	Место выработки ликвора
	лимфатическое сосуда в полости черепа
	артерии арахноидальной оболочки
	артерии конвекситальной поверхности головного мозга
	пахионовые грануляции
	вены и венозные синусы черепа
86	В норме давление ликвора в положении сидя равно
	110-180 мм вод. ст.
	280-310 мм вод. ст.
	220-260 мм вод. ст.
	160-220 мм вод. ст.
	70-120 мм вод.ст.
87	Кровоснабжение поясничного и крестцового отделов спинного мозга осуществляется за счет
	Передней корешковой артерии
	Задней корешковой артерии
	Большой передней корешковой артерией Адамкевича
	Дополнительной передней корешковой артерией Демпрож-Гуттерона
	Большой передней корешковой артерией Адамкевича и дополнительной передней корешковой артерией Демпрож-Гуттерона
88	Артерия Демпрож-Гуттерона кровоснабжает
	Шейный отдел спинного мозга
	Грудной отдел
	Нижнегрудной и поясничный
	Нижнегрудной, поясничный и крестцовый
	Шейный и грудной
89	Артерия Демпрож-Гуттерона кровоснабжает
	Шейный отдел спинного мозга
	Грудной отдел
	Нижнегрудной и поясничный
	Нижнегрудной, поясничный и крестцовый
	Шейный и грудной
90	Кровь из верхнего сагиттального и прямого синуса попадает в
	пещеристый синус
	поперечный и сигмовидный синусы
	верхний каменистый синус
	нижний каменистый синус
91	В норме цереброспинальная жидкость после адсорбции в паутинных сплетениях оттекает в
	верхний каменистый синус
	нижний каменистый синус
	верхний сагиттальный синус
	пещеристый синус
	Нозологические формы неврологических заболеваний

92	Какие факторы риска развития инсульта являются модифицируемые
	артериальная гипертония
	сахарный диабет
	курение
	все вышеперечисленное
	ничего из перечисленного
93	Какие факторы риска развития инсульта являются немодифицируемые
	возраст
	наследственная предрасположенность
	пол
	все вышеперечисленное
	ничего из перечисленного
94	Какой патогенетический тип инсульта не выделен в соответствии с критериями TOAST:
	атеротромботический
	кардиоэмболический
	лакунарный
	инсульт другой неизвестной этиологии
	гемодинамический
95	Лакунарный (микроциркуляторный) инсульт характеризуется:
	угнетением сознания
	наличием быстрого восстановления нарушенных функций
	прогредиентным течением
	менингеальным синдромом
	наличием мерцательной аритмии в анамнезе
96	Чем не характеризуется атеротромботический инсульт в соответствии с критериями TOAST
	размер очага более 1.5 см
	размер очага менее 1.5 см
	наличие стенозов >50% в интра- или экстракраниальных артериях
	наличие ТИА в анамнезе в том же сосудистом бассейне
	отсутствие кардиогенных источников эмболии
97	Чем не характеризуется кардиоэмболический инсульт в соответствии с критериями TOAST
	размер очага более 1.5 см
	наличие стенозов >50% в интра- или экстракраниальных артериях
	наличие ТИА в анамнезе в том же сосудистом бассейне
	наличие ТИА или инсульта в более чем одном сосудистом бассейне
	отсутствие кардиогенных источников эмболии
98	Укажите наиболее часто встречаемые типы геморрагического инсульта
	внутричерепное кровоизлияние
	изолированное вентрикулярное кровоизлияние
	субдуральная гематома
	эпидуральная гематома
	все перечисленные
99	Причиной субарахноидального кровоизлияния чаще всего бывает
	аневризма или артерио-венозная мальформация
	артериальная гипертония
	прием антиагрегантов
	прием антикоагулянтов
	амилоидоз сосудов мозга

100	В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль все перечисленные факторы, кроме
	стеноза магистральных сосудов на шее
	снижения перфузионного давления
	снижения эластичности эритроцитов
	снижения активности свертывающей системы
101	Для вертебробазилярной недостаточности не характерно наличие
	дизартрии
	афазии
	расстройств зрения
	нарушений статики и походки
102	Для псевдобульбарного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения не характерно наличие
	дизартрии
	дисфонии
	дисфагии
	фибрилляции языка
	симптомов орального автоматизма
103	Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
	гомонимной гемианопсии
	битемпоральной гемианопсии
	биназальной гемианопсии
	концентрического сужения полей зрения
104	Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медуллярный синдром) возникает при закупорке
	коротких циркулярных артерий моста
	длинных циркулярных артерий моста
	парамедианных артерий моста
	нижней передней артерии мозжечка
	нижней задней артерии мозжечка
105	Методом наиболее ранней диагностики ишемического инсульта является
	классическая электроэнцефалография
	реоэнцефалография
	компьютерная томография
	магнитно-резонансная томография
	позитронно-эмиссионная томография
106	Диагноз транзиторной ишемической атаки устанавливают при полном регрессе неврологической симптоматики через
	12 часов
	24 часа
	36 часов
	48 часов
	72 часа
107	При каком уровне кровотока в головном мозге развивается аноксическая деполяризация мембран и гибель клеток с образованием инфаркта мозга
	10-12 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту
	40-45 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту
	55-60 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту

	100-150 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту
	150-200 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту
108	Какие препараты не относятся к средствам, используемым для вторичной профилактики инсульта
	антитромботические
	гипотензивные
	гиполипидемические
	вазоактивные
	нормотимические
109	Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является
	повышение вязкости крови
	повышение активности свертывающей системы
	ухудшение реологических свойств крови
	снижение системного перфузионного давления
	повышение агрегации форменных элементов крови
110	Для туберкулезного менингита характерна следующая комбинация симптомов
	Длительный продромальный период, умеренное повышение температуры, незначительные менингеальные симптомы, смешанный плеоцитоз, пленка фибрина и значительное снижение уровня глюкозы и хлоридов в цереброспинальной жидкости
	Длительный продромальный период, умеренное повышение температуры, незначительные менингеальные симптомы, смешанный плеоцитоз, пленка фибрина и значительное снижение уровня глюкозы и хлоридов в цереброспинальной жидкости
	Острое начало, лимфоцитарный плеоцитоз, высокая температура, выраженные менингеальные симптомы, отсутствие пленки фибрина в цереброспинальной жидкости
	Острое начало, нейтрофильный плеоцитоз, высокая температура, выраженные менингеальные
111	Ранней диагностике поражения нервной системы при СПИДе способствует выявление в цереброспинальной жидкости
	Наращение титра ВИЧ-антител
	Лимфоцитарный плеоцитоз
	Повышение содержания иммуноглобулина G
	Наращение титра ВИЧ-антител, лимфоцитарный плеоцитоз, повышение содержания иммуноглобулина G
	Наращение титра ВИЧ-антител и лимфоцитарный плеоцитоз
112	Развитие синдрома Уотерхауса – Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения
	Стафилококкового менингита
	Пневмококкового менингита
	Менингита, вызванного вирусом Коксаки
	Менингококкового менингита
	Лимфоцитарного хориоменингита
113	Симптомы, возникающие при серозном менингите, преимущественно локализованном задней черепной ямки
	Аграфия
	Симптомы поражения VIII пары, с преобладанием нарушений вестибулярной функции в сочетании с мозжечковыми симптомами
	Гомонимная гемианопсия
	Акалькулия
	Когнитивные нарушения

114	При менингитах, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО наблюдается
	Подострое начало без лихорадки
	Полимиалгия
	Нейтрофильный плеоцитоз
	Тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы
	Нейтрофильный плеоцитоз и тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы
115	Решающее значение в патогенезе серозного менингита имеет
	Увеличение продукции ликвора
	Нарушение циркуляции ликвора
	Нарушение всасывания ликвора
	Увеличение продукции ликвора и нарушение циркуляции ликвора
	Нарушение циркуляции ликвора и нарушение всасывания ликвора
116	В остром периоде клещевой энцефалит следует дифференцировать с
	Боковой амиотрофический склероз
	Полиомиелит
	Ревмоэнцефалит
	Цереброспинальный эпидемический менингит
	Коревой энцефалит
117	Симптомом, характерным для шейно-бульбарной формы клещевого энцефалита являются
	Нарушения чувствительности
	Парезы верхних конечностей по периферическому типу
	Парезы по центральному типу
	Мозжечковые нарушения.
	Псевдобульбарные расстройства
	Нарушение чувствительности в верхних конечностях
118	Клиническими и морфологическими особенностями иммунозависимого коревого энцефалита являются
	Возникновение неврологических симптомов на 3-6 день
	Возникновение неврологических симптомов на 2-3 неделе после возникновения сыпи
	Субстрат-перивенозная демиелинизация с деструкцией волокон
	Возникновение неврологических симптомов на 2-3 неделе после возникновения сыпи и субстрат-перивенозная демиелинизация с деструкцией волокон
	Возникновение неврологических симптомов на 3-6 день и субстрат-перивенозная демиелинизация с деструкцией волокон
119	Значительное понижение сахара и хлоридов в цереброспинальной жидкости наблюдается при менингите
	Менингококковый
	Вторичный гнойный
	Туберкулезный
	Первичный серозный
	Криптококковый
120	Для остаточных нарушений после перенесенного полиомиелита характерно
	Асимметричное поражение мышц конечностей и туловища
	Нарушение координации и статики
	Чувствительные нарушения
	Поражение зрительного нерва
	Вестибулярные расстройства
121	Для полиомиелита характерно
	Проводниковое расстройство чувствительности

	Спастическая параплегия
	Периферический паралич лицевого нерва
	Нарушение функции тазовых органов
	Центральный паралич лицевого нерва
123	Неврологические симптомы острого спинального эпидурита представлены
	Корешковыми болями
	Синдромом компрессии спинного мозга
	Утратой сознания
	Корешковыми болями и синдромом компрессии спинного мозга
	Корешковыми болями и утратой сознания
124	Абсцесс мозга является относительно редким осложнением менингита, вызванного
	Пневмококком
	Стафилококком
	Палочкой Афанасьева-Пфейффера
	Менингококком
	Стрептококком
125	Эффективным методом лечения абсцесса мозга является
	Массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств
	Хирургическое удаление абсцесса
	Промывание полости абсцесса диоксидином
	Промывание полости абсцесса антибиотиками
	Применение нестероидных противовоспалительных препаратов
126	Какие клетки центральной нервной системы, синтезируют миелин
	Шванновские клетки
	Олигодендроциты
	Астроциты
	Микроглиоциты
	Эпендимоциты
127	Клетки периферической нервной системы, синтезирующие миелин
	Шванновские клетки
	Олигодендроциты
	Астроциты
	Микроглиоциты
	Эпендимоциты
128	Наиболее иммуногенный белок миелина центральной нервной системы человека
	Основной белок миелина
	Миелин-ассоциированный гликопротеин
	Протеолипидный протеин
	Фибриллярный белок
	Миелин-олигодендроцитарный гликопротеин
129	Миелинизация нервных волокон завершается в
	1-2 года
	2-3 года
	4-5 лет
	6-7 лет
	7-8 лет
130	К демиелинизирующим заболеваниям относится
	Ишемический инсульт

	Болезнь Паркинсона
	Рассеянный склероз
	Мультисистемная атрофия
	Болезнь Альцгеймера
131	В типичных случаях рассеянный склероз начинается в возрасте
	От 16 до 45 лет
	От 45 до 60 лет
	От 35 до 50 лет
	От 10 до 20 лет
	От 20 до 45лет
132	Рассеянный склероз относится к заболеваниям
	Сосудистым
	Травматическим
	Пароксизмальным состояниям
	Демиелинизирующим
	Токсическому повреждению мозга
133	Демиелинизацией может сопровождаться
	Менингит
	Энцефалит
	НейроСПИД
	Мультисистемная атрофия
	Дисциркуляторная энцефалопатия
134	Врожденные заболевания с разрушением миелина относятся к
	Миелинокластиям
	Миелинопатиям
	Рассеянному склерозу
	Врожденным энцефалопатиям
	Антифосфолипидному синдрому
135	Демиелинизирующий компонент преобладает в патогенезе
	Острого рассеянного энцефаломиелита
	Менингита
	Васкулита
	Энцефалита
	Герпетического энцефалита
	Бактериального менингоэнцефалита
136	Степень инвалидизации при рассеянном склерозе оценивается по шкале
	Шкала Глазго
	Шкала Апгар
	Шкала EDSS
	Шкала Бека
	Шкала NIHSS
137	Для полиневропатии Гийена-Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе
	С 1 дня заболевания
	С 3 дня заболевания
	Со 2 недели заболевания
	С 3 недели заболевания
	С 4 недели заболевания

138	Какие симптомы типичны для сотрясения головного мозга
	Утрата сознания
	Рвота
	Параличи
	Афазия
	Общая слабость
139	Какие изменения спинномозговой жидкости отмечаются при острой субдуральной гематоме
	Лимфоцитарный плеоцитоз
	Примесь крови
	Повышение давления
	Понижение давления
	Нейтрофильный плеоцитоз
140	Какие изменения спинномозговой жидкости отмечаются при остром субдуральном кровоизлиянии
	Лимфоцитарный плеоцитоз
	Примесь крови
	Повышение давления
	Понижение давления
	Нейтрофильный плеоцитоз
141	Какие симптомы характерны для гематомии поясничного утолщения
	Тетраплегия
	Нижний парапарез
	Мышечная гипотония
	Расстройства чувствительности по невральному типу
	Сегментарный тип расстройства чувствительности
142	При каких видах черепно-мозговой травмы отмечают светлый промежуток
	Субарахноидальное кровоизлияние
	Сотрясение головного мозга
	Ушиб головного мозга
	Эпидуральная гематома
	Субдуральная гематома
143	Какие лекарственные препараты применяются при субарахноидальном кровоизлиянии
	Дегидратационные средства
	Папаверин
	Нифедипин
	Гепарин натрия
	Этамзилат натрия
144	Какие из перечисленных опухолей относят к злокачественным по характеру роста
	Астроцитомы
	Олигодендроглиомы
	Глиобластома
	Невринома
	Медуллобластома
145	Какие признаки типичны для опухолей мозжечка
	Адиадохокинез
	Дизартрия
	Нистагм
	Моторная афазия
	Атаксия

146	Какие из перечисленных опухолей относят к субтенториальным
	Опухоль задней центральной извилины
	Опухоль мозжечка
	Опухоль гипофиза
	Опухоль височной доли
147	Дебют идиопатических форм эпилепсий проявляется в возрасте
	До 15 лет
	15-34 года
	35-64 года
	65 лет и старше
	70 лет и старше
138	Нейрофизиологические механизмы формирования эпилептического припадка состоят в
	Гиперфункции ГАМК-ергической системы
	Гиперфункции возбуждающих аминокислот
	Гипофункции возбуждающих аминокислот
	Прорыве торможения
	Балансе нейронального возбуждения и ингибирования
139	Прием эстрогенов у женщин, страдающих эпилепсией
	Стимулирует проницаемость в ГАМК-рецепторах
	Вызывает угнетение проницаемости в ГАМК-рецепторах
	Стимулирует синтез ГАМК, подавлением фермента аминотерминальной декарбоксилазы
	Угнетает NMDA-рецепторы в гиппокампе
	Повышает концентрацию ГАМК в крови
140	Прием эстрогенов у женщин, страдающих эпилепсией
	Стимулирует проницаемость в ГАМК-рецепторах
	Вызывает угнетение проницаемости в ГАМК-рецепторах
	Стимулирует синтез ГАМК, подавлением фермента аминотерминальной декарбоксилазы
	Угнетает NMDA-рецепторы в гиппокампе
	Повышает концентрацию ГАМК в крови
141	«Фоновые» особенности мозга новорожденных, способствующих возникновению генерализованных припадков состоят в
	Высокой степени миелинизации аксонов
	Зрелости и совершенстве корково-подкорковых и межъядерных функциональных связей
	Функциональной зрелости ЦНС
	Недостаточной специализации отдельных структур ЦНС (функциональная незрелость ЦНС)
	Зрелости медиаторных систем
142	Эпилептические приступы в пубертатном возрасте приобретают
	Нециклический характер
	Не связаны с периодом пробуждения
	Тип приступа не усложняется
	Приступы сопровождаются выраженными психическими и поведенческими реакциями
	Приступы не сопровождаются поведенческими реакциями
143	В норме на ЭЭГ взрослого человека в состоянии покоя регистрируется
	Альфа-ритм
	Низкочастотный бета-ритм амплитудой выше 15 мкВ
	Дельта- ритм
	Тета-ритм
	Гипсаритмия

144	У больного височная эпилепсия. Оптимальными отведениями для выявления эпилептиформной активности являются
	Биполярное, с участием височных электродов
	Отведение с усредненным электродом
	Референтное с ипсилатеральным ушным электродом
	Вертексное отведение
	Референтное с объединенным ушным электродом
145	Усиление альфа-ритма при открывании глаз является показателем
	Активного бодрствования
	Реакции напряжения в ЭЭГ
	Реакции перехода к расслаблению
	Дремы
	Состояния перехода от дремоты к бодрствованию
146	Комплексные фокальные припадки характеризуются
	Односторонним или билатеральным фокусом в височной или лобной области
	Локальными разрядами строго в одной зоне коркового представительства
	Генерализованными вспышками с фокальным началом
	Миоклоническими подергиваниями с разрядами.
	Коррелятом абсанса
147	ЭЭГ является специфическим тестом для диагностики эпилепсии поскольку
	Отражает патологическую разрядную активность нейронов, вызывающих припадки
	Регистрирует состояние коры
	Регистрирует состояние лимбико-ретикулярного комплекса
	Выявляет состояние изменения метаболизма
	Во время припадка ЭЭГ меняется
148	Какие головные боли относят к первичным головным болям
	кластерная головная боль
	Головная боль напряжения,
	Вертеброгенная головная боль
	Сосудистая головная боль
	Мигрень,
149	Классическая триада болезни Паркинсона включает в себя
	Тремор, ригидность, постуральную неустойчивость
	Тремор, ригидность, депрессию
	Тремор, ригидность, брадикинезию
	Брадикинезию, ригидность, постуральную неустойчивость
	Брадикинезию, тремор, постуральную неустойчивость
150	Кардинальный симптом болезни Паркинсона, наличие которого обязательно для выставления диагноза
	Ригидность
	Тремор действия
	Постуральный тремор
	Тремор покоя
	Брадикинезия
	Постуральные нарушения
151	Классический вариант тремора при болезни Паркинсона
	Кинетический
	Интенционный

	Покоя
	Постуральный
	Изометрический
152	Феномен «возобновляющегося тремора» характерен для
	Эссенциального тремора
	Болезни Паркинсона
	Гепатоцеребральной дистрофии
	Дистонического тремора
	Тремора при атипичном паркинсонизме
153	Замедление движений при выполнении моторных проб называется
	Гипокинезия
	Брадикинезия
	Олигокинезия
	Акинезия
	Общая заторможенность
154	«Брадикинетический декремент» характерен для
	Эссенциального тремора
	Мультисистемной атрофии
	Прогрессирующего супрануклеарного паралича
	Болезни Паркинсона
	Сосудистого паркинсонизма
155	Наличие постуральной неустойчивости позволяет диагностировать следующую стадию болезни Паркинсона
	1
	2
	3
	4
	5
156	Четвертый кардинальный симптом болезни Паркинсона это
	Тремор
	Брадикинезия
	Ригидность
	Постуральная неустойчивость
	Депрессия
157	Появление постуральных нарушений в первый год заболевания позволяет исключить
	Болезнь диффузных телец Леви
	Болезнь Паркинсона
	Мультисистемная атрофия
	Прогрессирующий супрануклеарный паралич
	Кортико-базальная дегенерация
158	Паркинсонизм «нижней части тела» характерен для
	Болезни Паркинсона
	Сосудистого паркинсонизма
	Лекарственного паркинсонизма
	Токсического паркинсонизма
	Гепатоцеребральной дегенерации
	Сочетания болезни Паркинсона и дисциркуляторной энцефалопатии
159	При синдроме Туретта поведенческие расстройства чаще всего включают

	Девииции сексуального поведения
	Синдром дефицита внимания и обсессивно-компульсивные расстройства
	Анорексия
	Булимия
	Ранняя алкоголизация
160	Наиболее диагностически значимым для постановки диагноза гепатолентикулярной дегенерации является
	МРТ головного мозга
	УЗИ печени
	Исследование церулоплазмينا
	Исследование содержания кальция в сыворотке крови
	Исследование печеночные ферменты
161	Для постановки диагноза Синдром Туретта необходимо, чтобы у больного было
	Генерализованные моторные тики с детства
	Генерализованные моторные тики, один или более вокальные тики
	Генерализованные моторные тики, один или более вокальные тики, которые наблюдаются хотя бы в течение 6 месяцев
	Генерализованные моторные тики, один или более вокальные тики, которые наблюдаются в течение 1 года
	Генерализованные моторные тики, один или более вокальные тики, которые наблюдаются в течение 1 года, и дебют заболевания до 21 года
	Сложные вокальные тики
162	Псевдогипертрофии наблюдаются при следующих формах мышечной дистрофии
	Дюшенна
	Беккера
	Ландузи-Дежерина
	Дюшенна и Беккера
	Дюшенна и Ландузи-Дежерина
163	Прогрессирующие мышечные дистрофии обусловлены поражением
	Цереброспинальных пирамидных путей
	Мотонейронов передних рогов спинного мозга
	Периферических нервов
	Мутаций в гене дистрофина
164	Спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана наследуется
	По аутосомно-доминантному типу
	По аутосомно-рецессивному типу
	По рецессивному типу, сцепленному с X-хромосомой
	По доминантному типу, сцепленному с X-хромосомой
165	Амиотрофия Шарко-Мари-Тута обусловлена первичным поражением
	Передних рогов спинного мозга
	Периферических нервных волокон
	Мышц дистальных отделов конечностей
	Передних рогов спинного мозга и мышц
	Неврологические аспекты деменции
166	Возможный возраст дебюта болезни Альцгеймера
	После 40 лет
	После 50 лет
	После 60 лет
	После 70 лет

	После 80 лет
167	Эффективность следующих препаратов доказана в лечении деменции
	Ингибиторы холинэстеразы
	Антидепрессанты
	Транквилизаторы
	Ноотропы
	Нейролептики
168	Механизм действия мемантина связан с
	Холинергической системой
	Глутаматергической
	Норадренергической
	Серотонинергической
	Мелатонинергической
169	Эффективность следующих препаратов доказана в лечении деменции
	Ингибиторы холинэстеразы
	Антидепрессанты
	Транквилизаторы
	Ноотропы
	Нейролептики
170	Механизм действия мемантина связан с
	Холинергической системой
	Глутаматергической
	Норадренергической
	Серотонинергической
	Мелатонинергической
171	Для депрессивного синдрома характерны
	Переживание тоски
	Двигательная заторможенность
	Псевдогаллюцинации
	Идеаторная заторможенность
	Бредовые идеи самоуничтожения
172	К признакам депрессивного двигательного торможения относятся
	Замедление движений
	Бедность мимики
	Ощущение мышечной слабости
	Повышенная чувствительность
	Явления депрессивного ступора
173	Корешковый синдром обусловлен
	Остеoarтрозом фасеточных суставов
	Грыжей межпозвонкового диска
	Мышечным спазмом
	Гипертрофией желтой связки
	Осификацией передней связки
174	Причиной остеохондроза является
	Травма
	Воспаление
	Новообразование
	Дегенеративный процесс

	Остеоартроз
175	Для диагностики грыжи межпозвонкового диска применяется
	Рентгенография
	МРТ
	ЭМГ
	УЗДГ
	Исследование клеточного состава крови
176	Для диагностики нестабильности позвонков используется
	МРТ
	Рентгенография с функциональными пробами
	Люмбальная пункция
	Мануальное обследование
	КТ
177	Выявление и оценка выраженности остеопороза проводятся при помощи
	МРТ
	КТ
	Рентгенографии
	Денситометрии
	Однофотонной эмиссионной компьютерной томографии
178	Дифференциальная диагностика грыжи межпозвонкового диска проводится с
	Экстрamedулярная опухоль
	Интрамедулярная опухоль
	Миопатия
	Полинейропатия
	Сакроилеит
179	Цереброспинальная жидкость при дорсопатии
	Повышено содержание белка
	Плеоцитоз
	Норма
	Ксантохромия
	Снижена концентрация глюкозы
180	Симптом «рыбьих позвонков» характерен для
	Остеохондроза
	Остеопороза
	Дисцита
	Спондилита
	Остеоартроза
181	Боль при остеоартрозе дугоотростчатых суставов возникает при
	Наклоне вперед
	Наклоне назад
	Натуживании
	Вызывании симптома Лассега
	Лежачем положении
182	Оживление сухожильных рефлексов и появление патологических рефлексов при боли в спине свидетельствует о
	Миелопатии
	Радикулопатии
	Полинейропатии

	Воспалительном поражении оболочек мозга
	Поражении эпиконуса
183	Возникновение дорсопатии непосредственно после травмы спины требует проведения
	МРТ
	Рентгенографии
	Люмбальной пункции
	УЗДГ
	Осмotra глазного дна
184	Признаки эпидурального абсцесса
	Смещение позвонков
	Изменение структуры позвонков
	Сужение суставной щели
	Жидкостной плотности объемное образование кнаружи от твердой мозговой оболочки
	Остеофиты по краям тел позвонков
185	Признак компрессии поясничного корешка L5-S1
	Боль в пояснице
	С-м Ласега
	Оживление сухожильных рефлексов
	Боль в паховой области
	Гипестезия по типу «носков»
186	Клиническое проявление дорсопатии
	Боль в пояснице при движении
	Симптом Ласега
	Сухожильная гиперрефлексия
	Задержка мочеиспускания
	Сегментарная гипестезия
187	Задержка мочеиспускания возникает при
	Дорсопатии
	Поражении эпиконуса
	Поражении 5 поясничного корешка
	Сакроилеите
	Поражении 4 поясничного корешка
188	Больному с острой дорсопатией показано
	Постельный режим
	Лечебная гимнастика
	Посильная физическая нагрузка
	Упражнения на спортивных снарядах
	Плавание
189	Группа препаратов, показанная при дорсопатии
	НПВП
	Седативные
	Антидепрессанты
	Анаболические стероиды
	Кортикостероиды
190	Для устранения мышечного спазма применяют
	Тизанидин
	Платифиллин
	Папаверин

	Дексаметазон
	Метамизол
191	Наиболее частые осложнения приема неселективных ингибиторов циклооксигеназ
	Язва желудка
	Бронхоспазм
	Диарея
	Дизурия
	Тахикардия
192	Сокращение сроков лечения дорсопатий достигается приемом НПВП и
	Аналгетиков
	Витаминов группы В
	Гипнотиков
	Вазодилататоров
	Антиагрегантов
193	При хронической боли при дорсопатии показано применение
	Противоэпилептических препаратов
	Опиоидов
	Вазодилататоров
	Гипнотиков
	Антиагрегантов
194	Основная цель применения антидепрессантов при хронической дорсопатии
	Устранение депрессии
	Купирования боли
	Восстановление трофики тканей
	Нормализация кальциевого обмена
	Устранение миофасциального синдрома
195	Хроническая инсомния, соответствующая критериям диагностики по Международной классификации расстройств сна 3-го пересмотра (МКРС-3), встречается как минимум у:
	3%
	6%
	10%
	15%
196	Центр, координирующий работу внутренних биологических часов, расположен в
	в коре головного мозга
	супрахиазмальных ядрах гипоталамуса
	верхнемедиальном ядре гипоталамуса
	дорсомедиальном ядре гипоталамуса
	паравентрикулярных ядрах гипоталамуса
197	Какой признак наиболее характерен для первой фазы поверхностного сна?
	Трудно разбудить человека
	Яркие реалистичные сновидения
	Ощущение падения и мышечные судороги (миоклонии)
	Появление специфичных волновых комплексов («веретён сна»)
198	Что характерно для второй фазы поверхностного сна?
	Присутствуют короткие всплески высоких частот на ЭЭГ («веретёна сна»)
	Высокая вероятность просыпания от громких звуков.
	Возникают яркие, запоминающиеся сновидения быстрого сна
	Повышение температуры тела и учащённое сердцебиение

199	Какие процессы преимущественно протекают в глубоком сне (Non-REM)?
	Обработка полученной за день информации и закрепление воспоминаний
	Высокое напряжение мышечной активности и повышение артериального давления
	Полноценное физическое восстановление тканей, костей и иммунной системы
	Учащённые движения глазных яблок и яркие сновидения
200	Почему важно наличие всех стадий сна для полноценного отдыха организма?
	Поверхностный сон способствует восстановлению физической энергии
	Глубокий сон важен исключительно для психического состояния
	Только быстрый сон необходим для укрепления иммунитета
	Каждая фаза играет свою роль в восстановлении физических сил, обработке информации и поддержании психологического равновесия.
201	Основными подходами к лечению инсомнии являются
	лекарственная терапия
	лечебная гимнастика
	физиотерапевтические процедуры
	психотерапевтическая методика
202	Рекомендации, использующиеся для нормализации психического состояния перед сном
	принятие теплой ванны перед сном
	просмотр телевизора перед сном
	прием чашки теплого молока или чая с медом
	визуализация красивого пейзажа перед сном
203	Наиболее эффективный метод немедикаментозного лечения инсомнии
	релаксационные техники и гипноз
	когнитивно-поведенческая терапия
	телесно-ориентированная терапия
	использование медитативных практик
204	Какие показатели отмечает пациент с инсомнией при ведении дневника сна
	время укладывания и подъема
	время засыпания
	уровень вечернего артериального давления
	время и количество приема лекарственных препаратов, алкоголя, продуктов, содержащих кофеин
	количество ночных пробуждений и время засыпания после них
	Неотложные состояния в неврологии
205	Нарушения сознания. Виды нарушений сознания
	Сопор в отличие от комы характеризуется
	Сохранностью вербального контакта
	Сохранностью целенаправленных защитных двигательных реакций
	Отсутствием целенаправленных защитных двигательных реакций
	Отсутствием реакций на внешние раздражители
206	К менингеальным симптомам относится
	Болезненность выходов тройничного нерва
	Симптом Лихтенштейна
	Симптом Кернига
	Симптом Бехтерева
	Симптом Оппенгейма

207	К общемозговым симптомам относится
	Неустойчивость при ходьбе
	Головная боль
	Двоение в глазах
	Слабость в конечностях
	Ригидность затылочных мышц
208	Причинами развития вегетативного состояния может быть все, кроме:
	Тяжелая черепно-мозговая травма (ДАП)
	Острое нарушение мозгового кровообращения
	Тяжелые отравления (угарным газом, органическими растворителями)
	Наркоз: общая анестезия при оперативных вмешательствах
	Остановка сердца, нарушение кровообращения (последствие реанимационных мероприятий)
209	Диагноз транзиторной ишемической атаки устанавливается при продолжительности очаговой неврологической симптоматики:
	Более 24 часов
	Менее 24 часов
	Менее 21 дня
	Менее 6 часов
210	Методом наиболее ранней диагностики внутримозгового кровоизлияния является:
	Реовазография
	Магнитно-резонансная томография
	Компьютерная томография
	Люмбальная пункция
	Электороэнцефалография
211	При спонтанном субарахноидальном кровоизлиянии могут наблюдаться следующие симптомы:
	Симптом Розенталя
	Симптом Мондонеци
	Симптом Кернига
	Симптом Ольшанского
	Симптом Брудзинского
	Нимодипин при субарахноидальном кровоизлиянии применяют для:
	Снижения уровня артериального давления
	Профилактики спазма церебральных сосудов
	Профилактики ишемии головного мозга
	Разгрузки малого круга кровообращения
212	Что относится к общемозговым симптомам
	нарушение сознания
	головная боль
	головокружение
	симптом Кернига
213	Симптом «вклинивания» при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется
	усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
	нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
	усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
	нарастанием неврологической симптоматики после пункции
214	Стадиями эпилептического статуса являются:

	Предстатус (10-20мин с момента начала приступов) 1-я стадия - начального (раннего) статуса (20-40 мин); 2-я стадия- развернутого статуса (40-70 мин); 3-я стадия- рефрактерного (резистентного) статуса (свыше 70мин); Суперрезистентный эпилептический статус – более 70 минут
	Предстатус (15 мин с момента начала приступов); 1-я стадия - начального (раннего) статуса (15-40 мин); 2-я стадия - развернутого статуса (40-70 мин); 3-я стадия- рефрактерного (резистентного) статуса (свыше 80мин); Суперрезистентный эпилептический статус – свыше 1 часа
	Предстатус (0-10 мин с момента начала приступов); 1-я стадия - начального (раннего) статуса (10-30 мин); 2-я стадия- развернутого статуса (30-60 мин); 3-я стадия- рефрактерного (резистентного) статуса (свыше 60мин); Суперрезистентный эпилептический статус
	Предстатус (5мин с момента начала приступов); 1-я стадия - начального (раннего) статуса (5-10 мин); 2-я стадия - развернутого статуса (10-20 мин); 3-я стадия- рефрактерного (резистентного) статуса (свыше 20мин); Суперрезистентный эпилептический статус – более 60 минут
215	Протокол лечения эпилептического статуса у взрослых на госпитальном этапе в РФ
	1-я стадия – раннего статуса: Бензодиазепины 1-5мг в/в болюсно (при необходимости – повторное введение). 2-я стадия – Барбитураты: (гексабарбитал/гексенал) 4г/сутки. Вальпроаты: 500 мг/сутки 3-я стадия – Тиопентал 25-50 мг в*/в болюсно, затем 1-3 мг/кг/в час. Наркоз (пропофол) 1 мг/кг, болюсно, затем в/в 0,5-1мг/кг/час +ИВЛ
	1-я стадия – раннего статуса: Паральдегид- 10мл, в/м (по 5 мл в каждую сторону). 2-я стадия – Барбитураты: (гексабарбитал/гексенал) 1г/сутки. Вальпроаты: 3000 мг/сутки 3-я стадия – Пентобарбитал 0,5-2 мг, затем постоянная инфузия со скоростью 0,5 мг/кг/в час. Наркоз (пропофол) 2 мг/кг, болюсно, затем в/в 5-10мг/кг/час +ИВЛ
	1-я стадия – раннего статуса: Бензодиазепины 10-20мг в/в болюсно (при необходимости – повторное введение). 2-я стадия – Барбитураты: (гексабарбитал/гексенал) 1г/сутки. Вальпроаты: 3000 мг/сутки 3-я стадия – Тиопентал 100-250 мг в*/в болюсно, затем 3-5 мг/кг/в час. Наркоз (пропофол) 2 мг/кг, болюсно, затем в/в 5-10мг/кг/час +ИВЛ
	1-я стадия – раннего статуса: Паральдегид- 10мл, в/м (по 5 мл в каждую сторону). 2-я стадия – Натрия оксibuтират 10мл 20% р-ра. Затем 20% в/в, из расчета 80-130мг/кг веса больного. 3-я стадия – Пентобарбитал 0,5-2 мг, затем постоянная инфузия со скоростью 0,5 мг/кг/в час. Наркоз (пропофол) 2 мг/кг, болюсно, затем в/в 5-10мг/кг/час
	1-я стадия – раннего статуса: Бензодиазепины 5-10мг в/в болюсно (при необходимости – повторное введение). 2-я стадия – Барбитураты: (гексабарбитал/гексенал) 5г/сутки. Вальпроаты: 1000 мг/сутки 3-я стадия – Тиопентал 50-100 мг в*/в болюсно, затем 1-3 мг/кг/в час. Наркоз (пропофол) 1 мг/кг, болюсно, затем в/в 2-5мг/кг/час
216	Первой помощью на месте приступа больному с эпилептическим статусом является
	Предупреждение асфиксии
	Иммобилизация конечностей
	Введение воздуховода в ротоглотку
	Дача ингаляционного наркоза с закистью азота
217	Для мигренозного статуса характерны
	Длительность более трех суток
	Повторная многократная рвота
	Тоникоклонические судороги
	Повышение внутричерепного давления
	Признаки раздражения оболочек мозга
218	Для купирования мигренозного статуса применяются препараты
	Противосудорожные и противорвотные
	Дегидратирующие и глюкокортикоиды
	Антихолинергические и антихолинэстеразные
	Транквилизаторы и антидепрессанты
	Антигистаминные и анальгетики

219	Эпилептический статус может быть представлен повторяющимися
	Тонико-клоническими приступами
	Простыми парциальными приступами
	Абсансами
	Миоклоническими приступами
	Приступами головной боли со рвотой и светобоязнью
220	Назовите наиболее грозные осложнения гнойного менингита
	Острый отек мозга с развитием дислокационного синдрома
	Септический шок
	Желудочно-кишечные расстройства
	Острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауз-Фридрехсена)
	Развитие парезов, параличей

Перечень практических заданий (2 этап)

- Опишите методику сбора информации (жалобы, анамнез, и т.д.) у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в условиях стационара.
- Опишите методику клинического осмотра пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в условиях стационара.
- Опишите методики неврологического осмотра пациентов в условиях стационара:
 - ✓ методику оценки уровня сознания (ясное, оглушение, сопор, кома, делирий);
 - ✓ методику оценки общемозговых симптомов (уровень контакта с пациентом, ориентировка в месте, времени, собственной личности);
 - ✓ методику оценки менингеальных симптомов (ригидность мышц шеи, симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева);
 - ✓ методику исследования 7 и 5 пары черепных нервов, пробы на патологическую утомляемость мышц.
 - ✓ методику проведения пробы на окуломоторные рефлексы (с-м «кукольных глаз»);
 - ✓ методику исследования нарушений чувствительности и движений при поражении седалищного, малоберцового и большеберцового нерва;
 - ✓ методику исследования нарушения речи;
 - ✓ методику исследования нарушений чувствительности и движений при поражении локтевого, лучевого и срединного нерва;
 - ✓ методику исследования поверхностной и глубокой чувствительности;
 - ✓ методику исследования патологических и защитных рефлексов, рефлексов орального автоматизма;
 - ✓ методику исследования болевых точек при заболеваниях периферической нервной системы;
 - ✓ методику исследования функций мозжечка;
 - ✓ расстройств зрения, перечислить варианты изменений полей зрения;
 - ✓ методику исследования поверхностных и глубоких рефлексов, мышечного тонуса и силы мышц;
 - ✓ методику исследования функции тройничного нерва;
 - ✓ методику исследования функции зрительного нерва;
 - ✓ методику исследования глубокой и сложных видов чувствительности;
 - ✓ методику исследования функций лицевого нерва;
 - ✓ методику выявления патологических и защитных рефлексов, рефлексов орального автоматизма, синкинезий;

- ✓ методику исследования менингеальных (оболочечных) симптомов;
 - ✓ методику исследования мышечной силы и тонуса, поверхностных и глубоких рефлексов;
 - ✓ методику исследования вкусового анализатора;
 - ✓ методику исследования нарушений чувствительности и движений при поражении локтевого, лучевого и срединного нерва;
 - ✓ методику исследования болевых точек при заболеваниях периферической нервной системы;
 - ✓ методику исследования функции тройничного нерва;
 - ✓ методику исследования нарушений чувствительности и движений при поражении мало- и большеберцового нерва;
 - ✓ методику исследования функции обонятельного нерва;
 - ✓ методику исследования функций глазодвигательных нервов (III, IV, VI пара);
 - ✓ методику исследования функций вегетативной нервной системы.
4. Опишите методику постановки предварительного диагноза на основании клинического осмотра пациентов: сбор анамнеза, осмотр, пальпация, клинические признаки заболеваний нервной системы;
5. Оцените результаты лабораторных методов обследования.
6. Оцените результаты инструментальных методов исследования:
- ✓ компьютерной томографии (КТ);
 - ✓ магнитно-резонансной томографии (МРТ);
 - ✓ позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ);
 - ✓ функциональной нейровизуализации;
 - ✓ рентгенографии;
 - ✓ офтальмоскопии;
 - ✓ электроэнцефалографии;
 - ✓ электронейромиографии;
 - ✓ реоэнцефалографии;
 - ✓ эхоэнцефалографии;
 - ✓ вызванных потенциалов;
 - ✓ ультразвукового дуплексного сканирования/дуплексного сканирования/триплексного сканирования/ультразвуковой доплерографии/транскраниальной доплерографии;
 - ✓ транскраниальной магнитной стимуляции.
7. Опишите методику дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний нервной системы, опишите методику постановки диагноза используя алгоритм (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней (МКБ);
8. Опишите тактику ведения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в условиях стационара;
9. Перечислите показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии в период реабилитации пациентов, находящихся на стационарном лечении;
10. Опишите алгоритм неотложной медицинской помощи при:
- ✓ при эпилептическом приступе;
 - ✓ при обмороке.
11. Опишите принципы оказания медицинской помощи в экстренной форме по алгоритму АВСД;
12. Перечислите алгоритм ведения учетно-отчетной документации в условиях стационара;

13. Опишите план и тактику ведения пациента с заболеванием и (или) состоянием нервной системы, получающего паллиативную медицинскую помощь в условиях стационара;
14. Расскажите про профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний и (или) состояний нервной системы, в том числе:
- ✓ проведение первичной и вторичной профилактики сосудистых заболеваний головного мозга;
 - ✓ профилактика прогрессирования когнитивных нарушений;
 - ✓ проведение профилактики болевых синдромов в спине;
 - ✓ профилактика мигрени.
15. Перечислите документы, необходимые для направления на МСЭ с целью установления степени нетрудоспособности;

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы:

1. Нормативно-правовая документация по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы. Организация стационарной помощи по профилю «Неврология».
2. Медицинская документация и электронные системы учета. Правила оформления медицинской документации в неврологическом отделении стационара, в том числе в форме электронного документа.
3. Основы медицинской статистики.
4. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами нервной системы, продление сроков временной нетрудоспособности. Сроки временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и (или) состояниях нервной системы.
5. Показания к направлению на медико-социальную экспертизу. Критерии временной и стойкой нетрудоспособности пациентов с заболеваниями нервной системы, получающих паллиативную медицинскую помощь.
6. Принципы организации и проведения медико-социальной экспертизы пациентов с заболеваниями нервной системы, получающих паллиативную медицинскую помощь.
7. Основы паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы. Медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в условиях стационара.
8. Принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования заболеваний и (или) состояний нервной системы. Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с хроническими заболеваниями нервной системы.
9. Двигательный анализатор (центральный и периферический моторный нейроны): строение, функции и симптомы поражения (центральный и периферический парез).
10. Исследование мышечного тонуса. Дифференциальная диагностика различных вариантов изменения тонуса.
11. Пути поверхностной чувствительности: строение и симптомы поражения. Виды и типы нарушений чувствительности.
12. Пути глубокой чувствительности: строение и симптомы поражения.
13. Методика исследования чувствительности.
14. Ноцицептивная и антиноцицептивная система.
15. Боль. Классификация боли. Медиаторы боли.

16. Острая и хроническая боль. Лечение.
 17. Внутренняя капсула: строение, функции и симптомы поражения.
 18. Спинной мозг. Строение. Функции. Синдромы поражения спинного мозга на различных уровнях.
 19. Спинной мозг на шейном и грудном уровне: строение, синдромы поражения.
 20. Спинной мозг на поясничном и крестцовом уровне: строение, синдромы поражения.
 21. Физиология и нарушение функций мочевого пузыря.
 22. Обонятельный анализатор: строение, функции и симптомы поражения.
 23. Вкусовой анализатор: строение, функции и симптомы поражения.
 24. Зрительный анализатор: строение, функции и симптомы поражения.
 25. Глазодвигательные нервы (III, IV, VI пары): строение, функции и симптомы поражения.
 26. Тройничный нерв: строение, функции и симптомы поражения.
 27. Лицевой нерв: строение, функции и симптомы поражения.
 28. Вестибулярный анализатор: строение, функции и симптомы поражения. Виды атаксий.
 29. Языкоглоточный (IX) и блуждающий (X) нервы: строение, функции и симптомы поражения.
 30. Добавочный нерв: строение, функции и симптомы поражения.
 31. Подъязычный нерв: строение, функции и симптомы поражения.
 32. Продолговатый мозг: строение и основные синдромы поражения.
 33. Синдромы поражения ствола головного мозга. Альтернирующие синдромы поражения мозгового ствола на различных уровнях.
 34. Синдромы поражений ножек мозга.
 35. Синдромы поражения моста мозга.
 36. Продолговатый мозг: строение и основные синдромы поражения.
 37. Экстрапирамидная система: строение, функции и симптомы поражения.
 38. Мозжечок: строение и симптомы поражения.
 39. Координация движений и ее расстройства. Атаксии: мозжечковая, вестибулярная, лобная, сенситивная.
 40. Вегетативная нервная система: строение, функции, симпатическая и парасимпатическая системы; периферический (сегментарный) и центральный отделы вегетативной нервной системы.
 41. Основные синдромы поражения вегетативной нервной системы.
 42. Таламус. Строение и функции. Симптомы поражения.
 43. Гипоталамус и гипофиз: строение, функции и симптомы поражения.
 44. Ретикулярная формация: строение, функции и симптомы поражения.
 45. Лобная доля: строение, функции и симптомы поражения.
 46. Теменная доля: строение, функции и симптомы поражения.
 47. Затылочная доля: строение, функции и симптомы поражения.
 48. Височная доля: строение, функции и симптомы поражения.
 49. Периферическая нервная система. Строение, функции, синдромы поражений.
- Методика исследования.
50. Высшие психические функции. Клиника. Методы исследования.
 51. Кровоснабжение головного мозга, анатомо-функциональные характеристики, коллатеральное кровоснабжение, ауторегуляция мозгового кровотока.
 52. Кровоснабжение головного мозга, анатомо-функциональные характеристики, коллатеральное кровоснабжение, ауторегуляция мозгового кровотока.

53. Синдромы поражения при нарушении мозгового кровообращения в системе внутренней сонной артерии и вертебро-базиллярной системе.
54. Люмбальная пункция, техника выполнения, ликвородинамические пробы, показания и противопоказания, возможные осложнения, анализ цереброспинальной жидкости.
55. Ликвородинамические пробы при экстрamedуллярных опухолях.
56. Что включает в себя классическая триада болезни Паркинсона. Опишите основной симптом болезни Паркинсона, наличие которого обязательно для выставления диагноза.
57. С поражением какой доли мозга связан полушарный парез зрения.
58. При поражении какой доли мозга возникает слуховая агнозия.
59. Цереброспинальная жидкость при менингитах.
60. Цереброспинальная жидкость при туберкулезном менингите.
61. Какие модифицируемые факторы риска развития ишемического инсульта вы знаете.
62. Какие факторы риска развития инсульта являются немодифицируемые.
63. Какие патогенетические типы инсульта в соответствии с критериями TOAST вы знаете.
64. Расскажите клинику лакунарного инсульта.
65. Чем не характеризуется атеротромботический инсульт в соответствии с критериями TOAST.
66. Чем не характеризуется кардиоэмболический инсульт в соответствии с критериями TOAST.
67. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения.
68. Транзиторные ишемические атаки. Обратимое и необратимое ишемическое повреждение головного мозга. Патогенез. Принципы терапии.
69. Ишемический инсульт: патофизиологические основы ишемического процесса, «ишемическая полутень» (пенумбра), клиника, основные направления терапии.
70. Особенности клинической симптоматики при локализации острых нарушений мозгового кровообращения в бассейне задней мозговой артерии. Особенности лечения.
71. Геморрагический инсульт в полушарии головного мозга. Классификация. Клиника. Лечение.
72. Геморрагический инсульт в ствол мозга и в мозжечок. Клиника. Лечение.
73. Какие типы геморрагического инсульта вы знаете.
74. Назовите частые причины субарахноидального кровоизлияния.
75. Что характерно для поражения задней мозговой артерии.
76. Артериовенозные мальформации сосудов головного мозга. Классификация. Лечение.
77. Артериальные аневризмы сосудов головного мозга. Классификация. Лечение.
78. Субарахноидальное кровоизлияние. Клиника. Лечение.
79. Гидроцефалия. Классификация. Патогенез. Клиника. Лечение.
80. Височно-тенториальное вклинение и ущемление миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии.
81. Нарушение кровообращения в спинном мозге. Патогенез. Клиника. Лечение.
82. При каком уровне кровотока в головном мозге развивается аноксическая деполяризация мембран и гибель клеток с образованием инфаркта мозга.
83. Что является главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром).
84. Какая комбинация неврологических симптомов характерна для туберкулезного менингита.
85. Развитие синдрома Уотерхауса – Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения какого менингита.

86. С чем надо дифференцировать острый период клещевого энцефалита.
87. Какие симптомы характерны для шейно-бульбарной формы клещевого энцефалита.
88. Какие клинические и морфологические особенности иммунозависимого коревого энцефалита вы знаете.
89. При каком менингите отмечается значительное понижение сахара и хлоридов в цереброспинальной жидкости.
90. В чем выражается клиника полиомиелита.
91. Перечислите неврологические симптомы острого спинального эпидурита.
92. Что является эффективным методом лечения абсцесса мозга.
93. Какие формы демиелинизирующих заболеваний вы знаете.
94. В чем выражаются клинические проявления полиневропатии Гийена-Барре.
95. Какие изменения спинномозговой жидкости отмечаются при острой субдуральной гематоме.
96. Какие симптомы характерны для гематомии поясничного утолщения.
97. Какие лекарственные препараты применяются при субарахноидальном кровоизлиянии.
98. Травматические эпи- и субдуральные гематомы. Классификация. Клиника. Лечение.
99. Открытые проникающие ранения черепа. Классификация. Клиника. Лечение
100. Травматическое повреждение позвоночника и спинного мозга. Классификация. Клиника. Лечение.
101. Травматические ликвореи. Классификация. Клиника. Лечение.
102. Опухоли головного мозга. Классификация. Клиника. Лечение.
103. Опухоли больших полушарий головного мозга. Классификация. Клиника. Лечение.
104. Опухоли гипофиза. Классификация. Клиника. Лечение.
105. Субтенториальные опухоли. Классификация. Клиника. Лечение.
106. Опухоли мосто-мозжечкового угла. Классификация. Клиника. Лечение.
107. Опухоли спинного мозга. Классификация. Клиника. Лечение
108. Экстрamedулярные опухоли. Клиника. Лечение.
109. Интрамедулярные опухоли. Клиника. Лечение.
110. Невринома преддверно-улиткового (VIII) нерва. Клиника. Лечение.
111. Опухоли гипофиза. Клиника. Лечение.
112. Миелиты. Классификация. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение
113. Поражение нервной системы при туберкулезе. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
114. Поражение нервной системы при сифилисе. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
115. Поражение нервной системы при СПИДе. Патогенез. Клиника. Лечение.
116. Демиелинизирующие заболевания. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
117. Острый рассеянный энцефаломиелит. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
118. Рассеянный склероз. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
119. Полиневропатии. Классификация. Патогенез. Клиника. Лечение.
120. Диабетическая полиневропатия. Патогенез. Клиника. Лечение.
121. Эндогенные и экзогенные дисметаболические полиневропатии. Патогенез. Клиника. Лечение.
122. Невропатии локтевого, лучевого и срединного нервов. Клиника. Лечение.
123. Невропатия седалищного, большеберцового и малоберцового нервов. Клиника. Лечение.
124. Невропатия лицевого нерва. Клиника. Лечение.

125. Плексопатии. Классификация. Клиника. Лечение.
126. Невралгия тройничного нерва. Классификация. Клиника. Лечение.
127. Невралгия затылочного нерва. Классификация. Клиника. Лечение.
128. Невралгия языкоглоточного нерва. Классификация. Клиника. Лечение.
129. Дорсопатии. Классификация. Патогенез. Клиника. Лечение.
130. Синдромы. Патогенез. Клиника. Лечение.
131. Соматоформная дисфункция. Классификация. Патогенез. Клиника. Лечение.
132. Электронейромиография при поражении периферических нервов.
133. Компьютерная томография при ишемическом и геморрагическом инсульте.
134. Компьютерная и магнитно-резонансная томография головного мозга при опухолях головного мозга.
135. Компьютерная томография при эпи- и субдуральной гематомах.
136. Магнитно-резонансная томография при рассеянном склерозе
137. Электроэнцефалография в норме и при эпилепсии.
138. Ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование магистральных артерий головы в норме и при стенозах.
139. Рентгенография и компьютерная томография при травматических повреждениях позвоночника и спинного мозга.
140. Рентгенография и компьютерная томография при травматических повреждениях головного мозга.
141. Изменения на глазном дне при рассеянном склерозе.
142. Ликвородинамические пробы при экстрамедуллярных опухолях.
143. Соматоформная дисфункция. Классификация. Патогенез. Клиника. Лечение.
144. Вегетативные синдромы. Клиника. Лечение
145. Функциональные неврологические расстройства.
146. Неврологические синдромы при соматических заболеваниях.
147. Неврологические симптомы и синдромы при интоксикациях
148. Тревожные состояния, депрессии в неврологии. Патогенез. Классификации.
149. Клиника тревожных состояний в неврологии. Лечение.
150. Деменции. Патогенез. Классификации. Клиника. Лечение.
151. Клинические проявления различных типов деменций.
152. Лечение различных типов деменций.
153. Какие шкалы применяются для оценки когнитивных функций.
154. Болевые синдромы. Патогенез, Клиника. Лечение.
155. Острая и хроническая боль. Патогенез, клиника. Лечение.
156. Головные боли. Мигрень. Классификация. Патогенез.
157. Какие головные боли относят к первичным головным болям.
158. Лечение первичных головных болей.
159. Какие головные боли относят к вторичным головным болям.
160. Лечение вторичных головных болей.
161. Что относится к нарушениям сознания
162. Классификация нарушений сознания
163. В чем различия сопора и комы
164. Дислокационный синдром. Отек мозга
165. Каков механизм избыточной продукции спинномозговой жидкости
166. Когда возникает декомпенсация гидроцефалии
167. Показания к госпитализации в неврологическое отделение (неврологический центр) или отделение нейрореанимации. Симптоматическая терапия.

168. Восстановление и поддержание жизненно важных функций.
169. Классификации коматозных состояний. Виды и степени тяжести ком.
170. Псевдокоматозные состояния (синдром «запертого человека», акинетический мутизм, тяжелая абулия).
171. Этиология, патогенез, классификация, клиника эпилептического статуса.
172. Диагностика и дифференциальная диагностика с другими патологиями нервной системы.
173. Принципы неотложной помощи и лечения пациента с эпилептическим статусом
174. Классификация, этиология, патогенетические механизмы развития миастенических кризов.
175. Принципы диагностики, дифференциальной диагностики, тактики ведения и терапии миастенических кризов
176. Чем не сопровождается миастенический криз
177. Опишите картину миастенического криза
178. Что выявляется у пациента в неврологическом статусе при кровоизлиянии в ствол мозга
179. Опишите клиническую картину эпилептического статуса
180. Что является первой помощью на месте приступа больному с эпилептическим статусом
181. Какие препараты применяются для купирования эпилептического статуса
182. Что характерно для мигренозного статуса
183. Какие препараты применяются для купирования мигренозного статуса
184. Назовите наиболее грозные осложнения гнойного менингита
185. Височно-тенториальное вклинение и ущемление миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии.
186. Транзиторные ишемические атаки. Обратимое и необратимое ишемическое повреждение головного мозга. Патогенез. Принципы терапии.
187. Ишемический инсульт: патофизиологические основы ишемического процесса, «ишемическая полутень» (пенумбра), клиника, основные направления терапии.
188. Особенности клинической симптоматики при локализации острых нарушений мозгового кровообращения в бассейне задней мозговой артерии. Особенности лечения.
189. Геморрагический инсульт в полушарии головного мозга. Классификация. Клиника. Лечение.
190. Геморрагический инсульт в ствол мозга и в мозжечок. Клиника. Лечение.
191. Артериовенозные мальформации сосудов головного мозга. Классификация. Лечение.
192. Артериальные аневризмы сосудов головного мозга. Классификация. Лечение.
193. Субарахноидальное кровоизлияние. Клиника. Лечение.
194. Гидроцефалия. Классификация. Патогенез. Клиника. Лечение.
195. Детский церебральный паралич. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
196. Герпетический энцефалит у детей. Этиология, клиника, диагностика.
197. Гнойные менингиты у детей. Этиология, клиника, диагностика. Особенности течения у новорожденных и детей грудного возраста.
198. Энцефалиты при экзантемных инфекциях у детей: коревой, ветряночный, краснушных. Клиника, диагностика.
199. Полиомиелит. Клиника и диагностика.
200. Поражение нервной системы при сифилисе у детей. Нейросифилис. Врожденный нейросифилис. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
201. Ревматическое поражение мозга. «Малая» хорея у детей. Клиника, диагностика.

202. Острый рассеянный энцефаломиелит у детей. Критерии диагностики, лечение
203. Рассеянный склероз у детей. Клиника, диагностика, лечение.
204. Острая и хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия. Клиника, диагностика.
205. Острая аутоиммунная воспалительная полирадикулоневропатия (болезнь Гийена-Барре). Эпидемиология. Этиология. Классификация. Клиника. Лабораторные и инструментальные методы обследования. Диагностические критерии. Лечение.
206. Методы исследования высших психических функций в детской неврологической практике. Выявление нарушений речи, праксиса, гнозиса.
207. Миастения у детей. Диагностика, лечение.
208. Коматозные состояния у детей и подростков. Диагностика.
209. Какие «фоновые» особенности мозга новорожденных способствуют возникновению генерализованных припадков
210. Эпилепсии у детей и подростков. Этиология и патогенез, классификация эпилепсий и эпилептических синдромов. Классификация эпилептических приступов.
211. Какой характер приобретают эпилептические приступы в пубертатном возрасте.
212. Клиника и диагностика эпилепсий, дебютирующих в детском и подростковом возрасте.
213. Эпилептический статус у детей и подростков: клиника, патогенез, диагностика, лечение.
214. Неэпилептические пароксизмальные состояния: аффективно-респираторные пароксизмы, синкопальные состояния, парасомнии.
215. В какой период заболевания может проводиться первый этап медицинской реабилитации.
216. В какой период заболевания может проводиться второй этап медицинской реабилитации.
217. В какой период заболевания может проводиться третий этап медицинской реабилитации.
218. Где может проводиться медицинская реабилитация на первом этапе.
219. Где может проводиться медицинская реабилитация на втором этапе.
220. Где может проводиться медицинская реабилитация на третьем этапе.
221. Критерии перевода пациента с первого этапа медицинской реабилитации на второй.
222. Критерии перевода пациента со второго этапа медицинской реабилитации на третий.
223. Показания к медицинской реабилитации пациентов в отделении интенсивной терапии.
224. Противопоказания к медицинской реабилитации пациентов в отделении интенсивной терапии.
225. Что представляет собой мультидисциплинарная реабилитационная команда.
226. Какие специалисты могут входить в мультидисциплинарную реабилитационную команду.
227. Особенности работы мультидисциплинарной реабилитационной команды на 1 этапе медицинской реабилитации.
228. Особенности работы мультидисциплинарной реабилитационной команды на 2 этапе медицинской реабилитации.
229. Особенности работы мультидисциплинарной реабилитационной команды на 3 этапе медицинской реабилитации.
230. Задачи врача физической и реабилитационной медицины в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды.

231. Задачи физического терапевта в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды.
232. Задачи медицинского психолога в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды.
233. Задачи медицинского логопеда в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды.
234. Задачи специалиста по эргореабилитации в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды.
235. Задачи реабилитационной медицинской сестры в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды.
236. Особенности применения Шкалы реабилитационной маршрутизации у пациентов с нарушениями функции центральной нервной системы.
237. Особенности применения Шкалы реабилитационной маршрутизации у пациентов с нарушениями функции периферической нервной системы.
238. Особенности применения Шкалы реабилитационной маршрутизации у пациентов с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата.

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Пациентка У. 24-х лет. Поступила с жалобами на слабость в правых конечностях, слабость в левой ноге, скованность в ногах, головокружение, нарушение речи.

Анамнез болезни: Со слов пациентки через 3 недели после ОРВИ отметила появление небольшой слабости в правой руке, неловкость при письме. Через 3 дня присоединилась головная боль, заторможенность, вялость, сонливость, появились трудности в выполнении мелких точных движений правой рукой (письмо, чистка зубов, расчесывание), присоединилась слабость в левой ноге. Обратилась к неврологу, который рекомендовал МРТ головного мозга с контрастным усилением. На МРТ головного мозга и шейного отдела спинного мозга с контрастным усилением были выявлены множественные очаговые изменения в обоих полушариях головного мозга разного размера (наибольший очаг в левой теменной доле 30x35x30 мм), и от краниовертебрального перехода до С2 позвонка участок гиперинтенсивного сигнала в режиме T2. Все очаги с признаками перифокального отека, накапливают контраст. В связи с выявленными изменениями была госпитализирована в стационар, где проводилась пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 1000 мг внутривенно капельно №5, плазмаферез №5. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика с полным регрессом неврологической симптоматики и через 7 суток пациентка была выписана домой. Через неделю у пациентки вновь выросла слабость в правой руке, присоединилась слабость в правой ноге, нарушение речи и вновь появилась слабость в левой ноге. Повторно проводилось МРТ головного мозга с контрастом – сохраняются прежние очаговые изменения, часть очагов накапливает контраст, незначительно уменьшился перифокальный отек в области образований в левой теменной доли и правой лобной доли, появились новые очаговые изменения.

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Телосложение астеническое. Со стороны сердечно-сосудистой, легочной системы, а также желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы патологии не выявлено. ЧДД 16 в минуту. ЧСС 75 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Температура тела 36,6°C.

Неврологический статус: Пациентка в сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. При разговоре появляются трудности в выговаривании и подборе слов. Общемозговая симптоматика представлена - головной болью, без четкой локализации. Менингеальных симптомов нет. Со стороны ЧМН - глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакция

сохранена. Движения глазных яблок синхронные, в полном объеме. Диплопии нет, гемианопсии нет. Горизонтальный среднеразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Центральный парез VII пары справа. Трипарез со снижением мышечной силы до пlegии в правой руке, пlegии в правой ноге и 2,5 баллов в левой ноге. Мышечный тонус в правых конечностях и в левой ноге повышен по спастическому типу. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук высокие, D>S. Рефлексы с ног высокие, коленные рефлексы вызываются с расширенных рефлексогенных зон, справа выше, ахилловы симметричные. Клонусы стоп и коленных чашечек с 2-х сторон. Симптом Бабинского с 2-х сторон. Поверхностная чувствительность не нарушена. Снижено суставно-мышечное чувство в обеих ногах. Координаторные пробы не выполняет правыми конечностями и левой ногой из-за пареза. Тазовых нарушений нет.

Дополнительные методы исследования:

1. Заключение МРТ головного мозга с контрастированием (6 сутки от начала заболевания): в конвекситальных отделах белого вещества правой лобной доли, на границе правой лобной доли и теменной доли слева, левой височной доли 4 очага демиелинизации, имеющие гиперинтенсивный сигнал по T2, TIRMи изо- слабогипоинтенсивные по T1 с признаками перифокального отека ткани головного мозга, накапливающие контрастное вещество, размерами до 30 мм (наибольший на границе лобной и теменной доли слева).

2. Заключение МР шейного отдела спинного мозга с контрастированием (6 сутки от начала заболевания): в структуре спинного мозга протяженностью от краниовертебрального перехода до С2 позвонка определяется неправильной формы зона структурных изменений - очаг демиелинизации с выраженной зоной перифокального отека, очаг вытянут вдоль спинного мозга, краниокаудальным размером до 31 мм, поперечным до 7,7 мм.

3. На сериях повторных томограмм головного мозга выявлены признаки контрастного усиления некоторыми очагами, значительное уменьшение в размерах ранее выявляемых очагов, новых очагов нет.

Вопросы.

1. Предположительный диагноз
2. Тактика ведения и лечения и прогноз заболевания.
3. Приведите клинические рассуждения по постановке диагноза.

Задача № 2.

Пациентка 30 лет. Поступила с жалобами на слабость в руках и ногах, нарушение контроля за мочеиспусканием, трудности в передвижении, выраженное снижение остроты зрения на правый глаз, поперхивание при еде.

Анамнез болезни: Со слов пациентки 3 месяца назад отметила появление боли при движении правым глазом, постепенно в течение недели острота зрения снизилась до 0.02, изменилось цветоощущение. МРТ головного мозга – очаговой патологии не выявлено. МРТ зрительных нервов в режиме FATSAT – признаки отека правого зрительного нерва, контуры нечеткие. Была госпитализирована в глазную больницу, где диагностировали оптический неврит справа. В стационаре проводились инъекции дексаметазона ретробульбарно, однако зрение не восстановилось. Настоящее ухудшение в течение месяца: постепенно отметила появление тяжести в ногах при длительной ходьбе, затем появилась слабость в ногах, присоединилась слабость в руках, императивные позывы к мочеиспусканию, эпизоды недержания мочи.

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Телосложение астеническое. Со стороны сердечно-сосудистой, легочной системы, а также желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы патологии не выявлено. ЧДД 16 в минуту. ЧСС 64 в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Температура тела 36,6°C.

Неврологический статус: Пациентка в сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Общемозговой симптоматики нет. Менингеальных симптомов нет. Со стороны ЧМН - глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакция справа снижена, слева сохранена. Движения глазных яблок синхронные, в полном объеме. Диплопии нет, гемианопсии нет. Нистагма нет. Лицо симметричное, фонация в норме, дисфагия, глоточный рефлекс снижен с 2-х сторон. Речь не нарушена. Тетрапарез со снижением мышечной силы до 4 баллов в правой руке, 3 баллов в левой руке, 4 баллов в правой ноге и 3 баллов в левой ноге. Мышечный тонус в конечностях повышен по спастическому типу. Сухожильные и периостальные рефлексy с рук высокие, S>D. Рефлексy с ног высокие, коленные рефлексy вызываются с расширенных рефлексогенных зон, справа выше, ахилловы симметричные. Клонусы стоп и коленных чашечек с 2-х сторон. Симптом Бабинского с 2-х сторон. Поверхностная чувствительность не нарушена. Снижено суставно-мышечное чувство в левой ноге. Пальценосовую пробу выполняет с дисметрией слева из-за пареза, справа удовлетворительно. Пяточно-коленная проба слева с дисметрией из-за пареза, справа удовлетворительно. Императивные позывы к мочеиспусканию.

Дополнительные методы исследования:

1. МРТ головного мозга – очаговой патологии не выявлено.
2. МРТ шейного отдела спинного мозга – в структуре спинного мозга протяженностью от С1 до С4 позвонка определяется неправильной формы зона структурных изменений - очаг демиелинизации с выраженной зоной перифокального отека, очаг вытянут вдоль спинного мозга.
3. Исследование цереброспинальной жидкости на антитела к аквапорины-4: положительный тест
4. Зрительные вызванные потенциалы: признаки демиелинизирующего поражения правого зрительного нерва

Вопросы

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения и лечения и прогноз заболевания.
3. Приведите клинические рассуждения по постановке диагноза.

Задача № 3.

Пациентка М.28 лет. Обратилась в клинику с жалобами на частые головные боли, нарушение координации.

Анамнез болезни: Со слов пациентки считает себя больной в течение последнего года, когда появились ранее указанные жалобы, интенсивность которых нарастает в динамике. Через 8 месяцев от начала заболевания перенесла двухсторонний увеит с неполным восстановлением функции. Обратилась к неврологу, который рекомендовал выполнить МРТ головного мозга. На МРТ головного мозга были выявлены в белом веществе паравентрикулярно, в конвекситальных областях, в подкорковых ядрах единичные мелкие округлые, до 3 х мм, гиперинтенсивные очаги; стволовые структуры и мозжечок в пределах нормы; краниовертебральный переход не изменен. При сборе анамнеза было выявлено, что за 5 лет до появления неврологической симптоматики пациентку начали беспокоили эпизоды подъема температуры тела в виде субфебрилитета, общая слабость, повышенная потливость. Данная симптоматика возникла после прививки после кори. В дальнейшем стали рецидивировать болезненные язвы во рту, безуспешно длительно лечилась у стоматолога. Еще через 2 года появились рецидивирующие язвы в области гениталий, периодически болели и опухали коленные суставы.

При поступлении: состояние больной удовлетворительное. Телосложение астеническое. В ротовой области - единичная афтозная язва в стадии заживления. Периферические суставы не изменены. Со стороны сердечно-сосудистой, легочной системы, а также желудочно-кишечного

тракта патологии не выявлено. ЧДД 16 в минуту. ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Температура тела 37,2 °С.

Неврологический статус: Пациентка в сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Со стороны ЧМН - глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакция сохранена. Движения глазных яблок синхронные, в полном объеме. Диплопии нет, гемианопсии нет. Нистагма нет. Глотание, фонация, речь не нарушены. Лицо симметрично, язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях не изменена, 5 баллов. Мышечный тонус снижен в ногах. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук высокие, D> S. Рефлексы с ног высокие, справа выше, ахилловы симметричные. Патологических знаков нет. Поверхностная и глубокая чувствительности не нарушены. Координаторные пробы выполняет с атаксией в виде мимопадания. В позе Ромберга неустойчива. Тазовых нарушений нет.

Вопросы.

1. Предположительный диагноз
2. Тактика ведения и лечения и прогноз заболевания.
3. Обоснуйте Ваш диагноз на основе клинических данных, результатов инструментально-лабораторных и нейровизуализационных методов исследования.

Задача № 4.

Пациент К. 49 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на сильные боли в пояснично-крестцовой области, отдающие в правую ногу. Боли усиливаются в сидячем и вертикальном положении и несколько стихают в горизонтальном.

Анамнез болезни: Из анамнеза известно, что вчера при поднятии тяжести внезапно возникла простреливающая боль в поясничной области с последующей иррадиацией по задней поверхности правой ноги. Ранее были эпизоды болей в области поясницы, последний раз около 3 месяцев назад. На МРТ определяется деформация тел L5-S1 позвонков, задняя протрузия дисков между L4 - L5 и L5 - S1.

Объективно: При поступлении состояние больного удовлетворительное. При осмотре выявляется сколиоз поясничного отдела позвоночника, ограничение движений вперед, назад и в стороны, болезненность паравертебральных точек больше справа и остистых отростков на уровне L4-S1, в точках Валле по ходу седалищного нерва. Симптом Лассега справа до угла 30°, слева - до угла 70°, слабopоложительные симптомы Вассермана и Мацкевича справа. Определяется дефанс паравертебральных мышц, более выраженный справа. Коленные рефлексы D≈S, ахилловы- D>S, подошвенный рефлекс справа не вызывается, гипестезия в зоне L5-S1 на правой ноге.

Вопросы.

1. Установите диагноз.
2. Определите тактику ведения больного
3. Прогноз заболевания.

Задача № 5.

Пациент 63 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на слабость в ногах при ходьбе, онемение на уровне тазового пояса и в ногах, исчезающее после кратковременного отдыха.

Анамнез болезни: Из анамнеза известно, что около трех месяцев назад после поднятия тяжести был эпизод - внезапно возникла острая боль в поясничной области, через два дня присоединилась боль по задней поверхности левой ноги. Через день боль значительно ослабела, но появились двигательные расстройства в виде снижения мышечной силы в разгибателях левой стопы и пальцев, походка «степаж». Больной обратился в поликлинику, было назначена

противовоспалительная, обезболивающая терапия. На фоне терапии боли были купированы. Ранее были эпизоды болей в области поясницы, последний раз около 4 месяцев назад.

На МРТ определяются дегенеративные изменения позвоночника, между L4 - L5 и L5 - S1 определяется образование, выступающее в спинномозговой канал с компрессией дурального мешка.

Объективно: При поступлении состояние больного относительно удовлетворительное. При осмотре выявляется сколиоз поясничного отдела позвоночника, ограничение движений нет. Коленные рефлексы снижены, D≈S, ахилловы - отсутствуют, подошвенные рефлексы не вызываются, гипотония икроножных мышц, в икроножных мышцах выявляются фасцикулярные подергивания. При физической нагрузке выявляется слабость в ногах, немного больше слева, онемение в обеих ногах и на уровне тазового пояса, исчезающее после кратковременного отдыха.

Вопросы:

1. Установите диагноз. Какие еще заболевания могут быть причиной данного патологического состояния?
2. Какой основной клинический синдром у больного
3. Определите тактику ведения больного

Задача № 6.

Пациентка Ж., 40 лет. Обратилась в клинику с жалобами на упорные боли в грудном отделе позвоночника, усиливающиеся при кашле, чихании, наклоне головы; а так же недавно присоединившееся ощущение онемения левой нижней конечности, которое постепенно нарастает снизу вверх.

Анамнез: вышеуказанная симптоматика беспокоит около 3 месяцев, самостоятельно принимала дома НПВС, анальгетики, в связи с отсутствием эффекта от приема лекарств обратилась за медицинской помощью.

Неврологический статус: в сознании, общемозговых и менингеальных симптомов нет. ЧМН без особенностей. Мышечная сила в конечностях достаточная. Мышечный тонус не изменен. Выявляется анталгическая поза (незначительный правосторонний сколиоз). Симптомы Ласега, Нери, Дежерина. Отмечается болезненность при пальпации остистых отростков 7,8 грудных позвонков и усиление онемения в левой ноге. Отсутствие верхнебрюшного рефлекса справа. Выявляется снижение болевой и температурной чувствительности на левой ноге в области стопы и икры. Глубокая чувствительность не нарушена. Тазовые функции контролирует. Афазии, апраксии, агнозии нет.

При МРТ грудного отдела спинного мозга видно округлое образование с пониженной интенсивностью сигнала и четкими контурами (А). Т1-взвешенное изображение после контрастного усиления (фронтальный срез). Хорошо видно накапливающее контраст округлое образование с четкими контурами (Б), смещающее спинной мозг влево; субарахноидальная цистерна возле образования расширена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Определите тактику ведения и лечения
3. Прогноз заболевания

Задача № 7.

Пациентка П., 43 лет поступила в клинику нервных болезней в плановом порядке с жалобами на стойкие головные боли, значительное повышение веса, высокие цифры артериального давления, незначительное изменение черт лица.

Из анамнеза жизни: росла и развивалась по возрасту. Хронических заболеваний нет. Из анамнеза болезни известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого артериального давления стали отмечаться 2,5 – 3,0 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. Больная отмечает нарастание вышеуказанных симптомов и в последние 4 месяца стала отмечать снижение зрения.

Объективно: в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Повышенного питания с ожирением по верхнему типу, стрии на бедрах и пояснице. Кожные покровы красноватые, на лице - угревая сыпь. Выраженный гипертрихоз. Элементы акромегалии. Со стороны черепных нервов: выпадение наружного поля зрения на левый глаз, значительное ограничение всех полей зрения на правый глаз. Другой очаговой симптоматики не выявляется.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику ведения больной.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести, какие изменения ожидаются в результате обследования.

Задача № 8.

Пациент А. 27 лет доставлен в приёмное отделение больницы машиной скорой помощи в коматозном состоянии. Со слов врача СМП больной был взят с места ДТП 10 минут тому назад, где его сбила машина.

Соматический статус: без особенностей

Объективно: уровень сознания кома, дыхание шумное по типу Куссмауля, ЧМН – зрачки равномерно расширены с вялой реакцией на свет, расходящееся косоглазие. Тонус в конечностях низкий. Симптом Бабинского с двух сторон. Отмечается ликворея и кровотечение из уха

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Определите тактику ведения больного
3. Назначьте лечение, указав группы препаратов.

Задача № 9.

Женщина Щ. 45 лет в сопровождении прохожего обратилась в травматологический пункт после того, как поскользнувшись на льду упала и ударилась головой.

Жалобы: на сильную головную боль, головокружение, тошноту.

Из анамнеза: до настоящего момента головные боли и головокружения беспокоили редко. Около 5 лет тому назад диагностирована артериальная гипертония. Утром сегодня спешила на работу, упала на льду и ударилась затылком, со слов окружающих потеряла сознание на 5-7 минут.

Объективно: при осмотре больная беспокойна, суетлива, многословна, плохо ориентируется в месте и времени. Наблюдалась однократная рвота. Выявляются лёгкая ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева, симптом Кернига и Брудзинского с двух сторон. Двусторонний горизонтальный нистагм. Парезов нет. Чувствительность не нарушена. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с атаксией. В пробе Ромберга пошатывается как с открытыми, так с закрытыми глазами. Нарушения памяти.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Назначьте обследование.
3. Укажите группы препаратов для лечения.

Задача № 10.

Мужчина 42 лет обратился в приёмное отделение с жалобами на нарастающую головную боль, которая не купировалась анальгетиками и неловкость в правых конечностях.

Из анамнеза: неделю тому назад попал в ДТП, от предложенной госпитализации отказался. Через неделю после черепно-мозговой травмы почувствовал головную боль, слабость и неловкость в правых конечностях. Эти явления нарастали, был госпитализирован в стационар.

Объективно: состояние при обследовании тяжелое, сознание спутанное, сонлив, на вопросы отвечает односложно, не сразу. Жалуется на диффузную головную боль. В левой височной области и на левой щеке резорбирующаяся гематома.

В неврологическом статусе. Выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Бехтерева слева, Кернига, светобоязнь, непереносимость громких звуков. Анизокория D>S, снижение реакции зрачков на свет. Отмечается правосторонний гемипарез со снижением силы до 3 баллов. Симптом Бабинского справа. На уколы с двух сторон реагирует одинаково. Статика и координация не исследовались из-за тяжести состояния.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику ведения больного.
3. Какой метод дополнительного исследования необходимо провести, какой результат можно ожидать.

Задача № 11.

Пациент К. 59 лет обратился в клинику с жалобами на ощущение скованности в правой руке, периодическое появление дрожания в ней.

Анамнез: Считает себя больным в течение последних двух лет, когда постепенно стал ощущать скованность в правой руке, неловкость в ней при застегивании пуговиц, нарезании продуктов. При волнении появляется дрожание, которое за последние месяцы стало практически постоянным. Дрожание возникает в покое. При целенаправленном движении правой рукой дрожание полностью исчезает. Отметил, что изменился почерк: стал более мелким и менее разборчивым. В течение последних 10 лет беспокоят запоры.

При осмотре: Глазодвигательных нарушений не выявлено. Пирамидных, чувствительных, мозжечковых симптомов нет. При проведении моторных проб отмечается брадикинетический декремент в правых конечностях. Тремор покоя в правой руке. Мышечный тонус повышен по пластическому типу в правых конечностях, несколько нарастает в зеркальных пробах. Постурально устойчив. Гипохейрокинез правой руки при ходьбе. Когнитивные функции сохранены. Нарушений мочеиспускания нет. Артериальное давление стабильно в ортостатической пробе. Психотических нарушений нет.

Обследование. При транскраниальной сонографии выявлена гиперэхогенность черной субстанции.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый диагноз и обоснуйте его.
2. Чем обусловлена гиперэхогенность черной субстанции?
3. Какая тактика лечения должна использоваться у данного пациента? Обоснуйте.

Задача № 12.

Пациентка Б. 79 лет обратилась в клинику с жалобами на общую замедленность, скованность, тремор, возникающий в покое в обеих руках, больше в правой, резко сниженный фон настроения, постоянную плаксивость, снижение памяти.

Анамнез заболевания. Со слов пациентки около 8 лет назад периодически стала отмечать дрожание в правой руке, усиливающееся при волнении, замедленность в правой руке при шитье,

болевы́е ощущения в области правого плечевого пояса, которые были расценены неврологом как плече-лопаточный периа́ртрит. Постепенно ощущение неловкости стало возникать и в левой руке, присоединилось дрожание в ней, тремор стал более постоянным. Родственники постоянно обращают внимание пациентки на согбенность ее позы, отсутствие содружественных движений рук при ходьбе. Препараты для коррекции вышеописанных жалоб пациентка никогда не получала. В последние 3 года отмечает появление сниженного фона настроения, нарушений памяти, затруднений при ориентировке в крупных торговых центрах. Была проведена МРТ головного мозга, которая не выявила какой-либо очаговой патологии.

При осмотре: Глазодвигательных нарушений нет. Брадикинезия при выполнении моторных проб с двух сторон. Тремор покоя и постуральный тремор обеих рук, более выраженный справа. Мышечный тонус резко повышен по пластическому типу, грубее слева. Постурально устойчива. Двусторонний ахейрокинез. Поза согбенная. Депрессивный фон настроения. При нейропсихологическом тестировании выявлены признаки деменции легкой степени подкорково-лобного типа. Вегетативных, мозжечковых, пирамидных симптомов не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый диагноз и обоснуйте его.
2. Что в клинической картине данной пациентки позволяет исключить атипичные формы паркинсонизма.
3. Какие группы препаратов целесообразно назначить для коррекции симптомов паркинсонизма (с обоснованием), когнитивных нарушений и симптомов депрессии?

Задача № 13.

Пациент П. 60 лет обратился в клинику с жалобами на нарушения ходьбы с частыми падениями назад, общую замедленность.

Из анамнеза известно, что в течение последних двух лет постепенно стали нарастать неустойчивость во время ходьбы, в результате чего пациент неоднократно падал на спину, поперхивания при еде, общая скованность и замедленность. Стадию гемипаркинсонизма пациент отрицает.

При осмотре: парез взора вниз. «Удивленный» взгляд. Периодически возникает апраксия открывания глаз. Поперхивается. Легкая дизартрия. Высокий глоточный рефлекс. Ретроколлиз. Общая гипокинезия. Симметричная гипокинезия при выполнении моторных проб без брадикинетического декремента. Тремора нет. Симметричное повышение мышечного тонуса по пластическому типу, грубее в аксиальных отделах. Грубая постуральная неустойчивость: в толчковой пробе падает «как подкошенное дерево». Разгибательная позная установка туловища. Походка замедленна. Тенденция к падению назад при ходьбе. Когнитивные нарушения подкорково-лобного типа.

Обследование. Проведена МРТ головного мозга, выявившая наличие симптома «колибри».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и укажите, какие симптомы говорят в пользу данного диагноза.
2. Какие изменения могут быть отмечены на МРТ головного мозга?
3. Какой основной подход к терапии данного заболевания (укажите группу препаратов и дозы).

Задача № 14.

Пациент К, 72 лет, инженер в конструкторском бюро. Имеет 2 взрослых сыновей, женат. Пришел на прием в сопровождении жены. Самостоятельно жалоб не предъявляет, согласился прийти к врачу по настоянию жены.

Анамнез: со слов жены в течение последнего года поведение мужа сильно изменилось. Перестал справляться с работой, выполняет чертежи крайне небрежно с многочисленными недочетами из-за чего создалась конфликтная ситуация на работе. Ранее этого не было, всегда был на хорошем счету и ему поручали самые сложные задания. 2 месяца назад был вынужден уйти с работы. Изменился характер – стал крайне раздражителен, груб, престал проявлять интерес к проблемам семьи и детей. Предпочитает подолгу лежать на диване и смотреть телевизор, перестал читать. В гостях стал нетактично шутить, появилась неопрятность при еде, которую абсолютно не замечает. Страдает гипертонической болезнью с 55 лет с подъемами до 150/100 мм рт ст, регулярно гипотензивную терапию не получает. Курит 1/2 пачки сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Инфарктов, инсультов, травм головы не было. В анамнезе язвенная болезнь желудка.

При осмотре: В ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени. Не критичен – считает, что совершенно здоров и ему придираются на работе и в семье.

В неврологическом статусе: ЧМН интакты. Выражен хоботковый рефлекс, рефлекс Маринеску-Радовичи с 2 сторон. Положительный хватательный рефлекс. Мышечная сила в конечностях не изменена. Мышечный тонус симметричен, но с элементами пластики. Сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, патологических пирамидных рефлексов нет. Чувствительность и координация не нарушены. Тазовые функции контролирует, но стал небрежен в физиологических отправлениях.

Нейропсихологическое тестирование: MMSE- 26 баллов (ошибся в серийном счете, вместо предложения написал «все нормально», при копировании пятиугольников пририсовал дополнительные детали в виде глаз и ушей). По шкале лобной дисфункции - 13 баллов (не смог выполнить ни одного задания на обобщение, назвал 7 слов в тесте на фонематические ассоциации, схватился за руки при оценке хватательного рефлекса). Речь обеднена, односложно отвечает на вопросы, самостоятельно разговор не поддерживает. При ответе на вопрос неоднократно повторяет фразу врача.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Приведите клиническое рассуждение по постановке диагноза.
3. Назначьте лечение.

Задача №15.

Пациентка О., 84 года, обратилась в поликлинику в сопровождении дочери с жалобами на снижение памяти, неустойчивость при ходьбе, эпизоды падения без потери сознания, впервые возникшие 2 месяца назад. За сутки до обращения упала на улице и сломала плечевую кость на правой руке. Жалоб активно не предъявляет, считает, что дочь обратилась к врачу напрасно.

МРТ головного мозга пациентки О. 84 лет с диагнозом Хроническая ишемия головного мозга (болезнь мелких сосудов).

Анамнез жизни.

Пациентка в прошлом была квалифицированным специалистом, отличалась блестящей памятью, вела активную общественную деятельность. 6 лет назад велся диагностический поиск по выявлению возможного онкологического заболевания в связи с похудением пациентки на 10 кг. Данный предположительный диагноз был отвергнут. В семье случаев возникновения когнитивных расстройств не отмечено.

Анамнез заболевания.

С 55-летнего возраста страдает артериальной гипертензией, регулярно принимает гипотензивную терапию. В 2001 году - холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита.

Со слов дочери, первые симптомы болезни появились 14 лет назад после смерти мужа. Пациентку перестали радовать любимые дети, внуки, друзья. Был выставлен диагноз: ситуационная депрессия. Прием антидепрессантов существенного эффекта не дал. Изменился характер, появился несвойственный пациентке эгоизм, плаксивость, апатия, стала забывать фамилии пациентов, имена коллег. Затем дочь стала замечать, что у пациентки появился страх что-то упустить в лечении своих пациентов, тревога и сомнения в своей компетенции. Стали страдать профессиональные навыки. Впоследствии присоединились расстройства памяти на текущие события, монотонное повторение одних и тех же вопросов, нарушения походки. Ухудшились зрение и слух. При сохранении навыков самообслуживания утратила способность готовить еду, пользоваться телефоном, возникли трудности с ориентацией в пространстве и времени. В последнее время нуждалась в постоянной заботе и присмотре родственников.

Помимо антигипертензивной терапии других препаратов не принимает.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров бледный, нормальной влажности. Нормального телосложения, пониженного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 ударов в минуту. АД = 150/85 мм рт.ст.

Неврологический статус

Общемозговой симптоматики нет. Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемианопсии не выявлено. Глазные щели $D \geq S$, зрачки $OD=OS$, фотореакция снижена. Движениях глазных яблок в стороны, вверх и вниз в полном объеме. При конвергенции – не доводит левое глазное яблоко. Чувствительность на лице сохранена. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Дисфагия, дисфония, дизартрия. Язык при высовывании по средней линии. Парезов, параличей нет. Мышечный тонус повышен по пластическому тону. Сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, несколько повышены. Подошвенный симптом снижен с двух сторон. Симптомы орального автоматизма положительные. Хватательный симптом Янишевского с двух сторон. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет неуверенно.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 149 г/л, эритроциты – $5,06 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $415 \times 10^9/л$, СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза №1 – 6,60 ммоль/л, глюкоза №2 – 6,0 ммоль/л, глюкоза №3 – 7,9 ммоль/л, ЛПНП – 7,0 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л, холестерин – 9,4 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 113,0%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 5,0 г/л.

Данные инструментальных исследований.

УЗДГ БЦА: атеросклероз внечерепных отделов брахиоцефальных артерий со стенозированием:

- области каротидных бифуркаций: слева до 50%, справа до 40%;
- устья и проксимального отдела правой внутренней сонной артерии до 30%;
- устья и проксимального отдела левой внутренней сонной артерии до 45%.

ЭКГ: ЧСС – 70 ударов в минуту. Умеренные изменения миокарда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: в легких инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень сердца без видимых изменений. Аорта уплотнена.

ЭхоКГ: Глобальная систолическая функция сердца сохранена. Зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Фракция выброса – 58%. Стенки аорты, митрального и аортального фиброзных колец, створки митрального и аортального клапанов уплотнены. Регургитация на уровне митрального клапана I степени, на уровне аортального и трикуспидального клапанов О-I степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

МРТ головного мозга: срединные структуры не смещены. Желудочки мозга симметричны, расширены (ВКК — 19%). Латеральные и конвекситальные борозды расширены с обеих сторон. В белом веществе обоих полушарий определяются множество очагов сосудистого генеза размерами до 10 мм. Перивентрикулярно диффузно повышен МР-сигнал от вещества головного мозга. Ствол мозга без особенностей, мозжечок симметричный, однородной структуры. Церебро-спинальный переход без особенностей. Заключение: МР-признаки дисциркуляторной энцефалопатии, смешанной (атрофической) гидроцефалии (ВКК — 19%).

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз? Перечислите факторы риска развития данного патологического состояния у пациентки.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие направления лечения у данной пациентки Вы предлагаете? Коррекцию каких факторов риска необходимо провести у данной пациентки?

Задача №16.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка К. 65 лет, поступила с жалобами на головную боль и слабость в правых конечностях.

Анамнез жизни.

Анамнез жизни – без особенностей. Условия жизни хорошие. Работала старшим экономистом в фирме. Не работает в связи с выходом на пенсию.

Анамнез заболевания.

В анамнезе: Артериальная гипертензия в течение более 15 лет, постоянно принимает гипотензивные препараты. 8 лет тому назад пациентке выставлен диагноз: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз. Инфаркты миокарда, сахарный диабет, гепатиты, ВИЧ-инфекцию отрицает. 3 года тому назад пациентка перенесла острое нарушение мозгового кровообращения (инфаркт в левом полушарии головного мозга). Настоящее ухудшение возникло накануне утром, после пробуждения, когда появилась головная боль, выросла слабость в правых конечностях. Родственниками вызвана бригада СМП. Доставлена в приемное отделение больницы.

Данные физикального обследования.

Объективно: Кожные покровы бледные, нормальной влажности. Лицо гиперемировано. Нормального телосложения, повышенного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 ударов в минуту. АД = 210/110 мм.рт.ст.

Неврологический статус на момент осмотра в отделении.

Общемозговая симптоматика – диффузная головная боль, тошнота, головокружение несистемного характера; рвоты не было. Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемиянопии не выявлено. Глазные щели D≥S, зрачки OD=OS, фотореакция снижена. Движение глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный мелкоамблиопический нистагм при взгляде в стороны. Чувствительность на лице сохранена. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Дисфагии, дисфонии нет. Язык по средней линии. Правосторонний гемипарез до 4-х баллов. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы несколько

повышены справа. Снижение подошвенного рефлекса справа. Правосторонняя гемигипестезия. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нb – 149 г/л, эритроциты – $5,06 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $415 \times 10^9/л$, СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л, ЛПНП – 7,0 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 113,0%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 5,0 г/л.

Данные инструментальных исследований.

УЗДГ БЦА: атеросклероз внечерепных отделов брахиоцефальных артерий со стенозированием:

- области каротидных бифуркаций: слева до 50%, справа до 40%;
- устья и проксимального отдела правой внутренней сонной артерии до 30%;
- устья и проксимального отдела левой внутренней сонной артерии до 45%.

ЭКГ: ЧСС – 70 ударов в минуту. Умеренные изменения миокарда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: в легких инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень сердца без видимых изменений. Аорта уплотнена.

ЭхоКГ: Глобальная систолическая функция сердца сохранена. Зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Фракция выброса – 58%. Стенки аорты, митрального и аортального фиброзных колец, створки митрального и аортального клапанов уплотнены. Регургитация на уровне митрального клапана I степени, на уровне аортального и трикуспидального клапанов О-I степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

МСКТ головного мозга: серое и белое вещество дифференцированы. В подкорковых структурах с обеих сторон отмечаются единичные очаги диаметром до 2-3 мм. Единичные супратенториальные очаги измененного МР-сигнала диаметром 5 мм. В зоне скорлупы слева определяется мелкое кистозное образование овальной формы, выполненное ликвором с четкими контурами и незначительной зоной глиоза по периферии, размером до 9 на 4 мм. В зоне базальных ядер справа и слева в обеих гемисферах выявляются расширенные периваскулярные пространства диаметром до 2 мм. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки симметричные, не расширены. Субарахноидальные конвекситальные ликворные пространства дифференцируются, расширены. Кости свода и основания черепа – без травматических и деструктивных изменений. Заключение: КТ-картина описанных кистозных образований в левой гемисфере головного мозга вероятно постишемического генеза. МР-признаки дисциркуляторной энцефалопатии. Наружная гидроцефалия.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
2. Консультации каких специалистов необходимо назначить данной пациентке?
3. Какие направления лечения у данной пациентки Вы предлагаете? Коррекцию каких факторов риска необходимо провести у данной пациентки?

Задача №17.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной В., 92 года, поступил в стационар с диагнозом: Внебольничная пневмония. Повод к госпитализации: одышка, повышение температуры, на фоне чего углубились симптомы когнитивных расстройств. Жалоб при поступлении активно не предъявляет из-за когнитивных нарушений.

МСКТ головного мозга пациента В. 92 лет с ХИМ (лейкоэнцефалопатия).

Анамнез жизни.

Со слов родственников, в течение многих лет страдает артериальной гипертензией, перенес инфаркт миокарда (точная дата неизвестна), после чего сформировалась постоянная форма мерцательной аритмии. Ранее принимал гипотензивные препараты. Из анамнеза известно, что за 12 дней до настоящей госпитализации находился на лечении в травматологическом отделении клинической больницы города Москвы по поводу закрытого вколоченного перелома шейки правого бедра. От оперативного лечения отказался, проводилась консервативная терапия.

Анамнез заболевания.

В течение последних 10 лет стал меняться характер, появился эгоизм, апатия, стал забывать фамилии и имена близких людей. Впоследствии присоединились расстройства памяти на текущие события, монотонное повторение одних и тех же вопросов, нарушения походки. Ухудшились зрение и слух. При сохранении навыков самообслуживания утратил способность пользоваться телефоном, возникли трудности с ориентацией в пространстве и времени. В течение нескольких последних лет когнитивные нарушения прогрессировали, изменилась походка, появилась неустойчивость, в связи с чем перестал выходить на улицу. В последнее время нуждался в постоянной заботе и присмотре родственников. За последние 8 месяцев 4 раза падал дома, сознание не терял. Последнее падение закончилось переломом шейки бедра.

Данные физикального обследования.

Состояние при поступлении: средней тяжести. Рост — 170 см, Вес — 70 кг, Температура — 36,5 С. Кожный покров обычной окраски, на ощупь теплый, сухой. Пастозность голеней, при этом правая нога увеличена в объеме. Множественные постинъекционные гематомы на коже передней брюшной стенки. Правая стопа ротирована наружу. Дыхание самостоятельное. ЧДД — 20/мин., SpO₂ — 92%. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в н/о, проводные хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульсация на магистральных и периферических артериях удовлетворительного наполнения. Гемодинамика стабильная: АД — 128/84 мм рт. ст., ЧСС — 98 уд/мин., мерцательная аритмия. Язык сухой, чистый. Живот не вздут, мягкий, не реагирует на пальпацию. Перистальтика выслушивается. Мочеиспускание не контролирует.

Неврологический статус.

Уровень сознания — вял, заторможен, на вопросы отвечает неохотно, выборочно выполняет инструкции. Общемозговая симптоматика – диффузная головная боль. Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемиянопии не выявлено. Глазные щели D≥S, зрачки OD=OS, фотореакция снижена. Движения глазных яблок в горизонтальной и вертикальной плоскости в полном объеме. Слабость конвергенции. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Легкая сглаженность левой носогубной складки. Дисфагия, дисфония. Язык по средней линии. Мышечный тонус изменен по пластическому типу. Сухожильные и периостальные рефлексy повышены. Снижение подошвенных рефлексy. Нарушений чувствительности выявить не удастся из-за когнитивных расстройств. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Выраженное когнитивное снижение.

Данные лабораторных исследований.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 135 г/л; эритроциты — 4,39 10¹²/л; средний объем эритроцита — 89,2 фл.; тромбоциты — 166 10⁹/л; лейкоциты — 14,9 10⁹/л; лимфоциты — 6,7%; моноциты — 3,0%; гранулоциты — 90,3%; СОЭ — 20 мм/ч. Биохимическое исследование крови:

общий белок — 70 г/л; мочевины — 7,3 (2,5–6,4) ммоль/л; креатинин — 128 (55–115) мкмоль/л; глюкоза — 8,1 (4,1–5,9) ммоль/л; билирубин общий — 19,3 (3,0–17,0) мкмоль/л; АЛТ — 28 Ед/л; АСТ — 26 Ед/л; ЛПНП – 6,9 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 3,4 ммоль/л.

В коагулограмме и анализе мочи существенных отклонений от нормы не выявлено.

Данные инструментальных исследований.

Дуплексное сканирование глубоких и поверхностных вен нижних конечностей: тромбоз глубоких вен правой и левой нижней конечности с признаками флотации (протяженность флотирующего участка тромба справа — до 3 см на уровне сафено-фemorального соустья).

По результатам ЭХО-КГ: ФВ — 60% Легочная гипертензия умеренная — СДЛА 47 мм рт.ст.

Rg-графия грудной клетки: диффузный пневмосклероз, двусторонняя нижнедолевая пневмония, склероз аорты.

Rg-графия тазобедренного сустава, бедренной кости (2 проекции), голени (2 проекции): вколоченный перелом шейки правого бедра. Травматических изменений бедренной кости и верхней половины костей голени не выявлено.

УЗИ: застойный желчный пузырь с камнем. Выраженные диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Киста правой почки. Гиперплазия простаты.

КТ головного мозга, мультиспиральная, без контрастирования: срединные структуры мозга не смещены. Боковые желудочки симметричны, расширены. Ширина 3-го желудочка — 13 мм. Отмечается выраженное расширение субарахноидального пространства по конвекситальной поверхности лобных, теменных долей и борозд мозжечка, расширение силвиевых борозд с умеренной атрофией вещества головного мозга. Кортикальные борозды дифференцированы, углублены. В области подкорковых ядер, ножек мозга имеется умеренно выраженное расширение периваскулярных пространств, кистозные изменения (зоны до 9 мм). В проекции передних и задних рогов боковых желудочков имеется диффузное понижение плотности белого вещества. Эпифиз и сосудистые сплетения задних рогов боковых желудочков обызвествлены. Определяются обызвествленные бляшки в стенках сифонов обеих ВСА. Травматических и деструктивных изменений в костях свода и основания черепа не выявлено.

Заключение: КТ-признаки хронической ишемии головного мозга, с картиной смешанной заместительной гидроцефалии (на фоне атрофии вещества головного мозга). Выраженный атеросклероз интракраниальных сосудов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
2. Консультации каких специалистов необходимо назначить данной пациентке?
3. Какие направления лечения у данной пациентки Вы предлагаете? Коррекцию каких факторов риска необходимо провести у данной пациентки?

Задача №18.

Пациентка Л., 68 лет, поступила в клинику по поводу появления сильной головной боли на фоне повышения АД, углубления слабости в левых конечностях.

MPT головного мозга пациентки Л. с ХИМ.

Анамнез жизни.

В течение многих лет страдает артериальной гипертензией, принимает антигипертензивную терапию, однако целевых значений систолического артериального давления — 130-140 мм не достигает.

В последние 8 лет пациентке ставится диагноз сахарный диабет 2-го типа.

Анамнез заболевания.

Три года тому назад перенесла ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии с частичным восстановлением. Изменился характер, появились забывчивость и подозрительность. Часто не могла вспомнить, что нужно сделать, путала имена внуков, регулярно искала свои вещи.

В течение последних 2-х лет отмечается прогрессирование когнитивных нарушений, изменилась походка, появилась неустойчивость, в связи с чем перестал выходить на улицу. За последний год несколько раз падала из-за неустойчивости при ходьбе, головокружений, сознание не теряла.

Сегодня на фоне повышения АД до 230/120 мм рт.ст., при «рабочем» артериальном давлении 150/90 мм рт.ст., почувствовала углубление слабости в левых конечностях.

Данные физикального обследования.

Состояние при поступлении: средней тяжести. Рост — 159 см, Вес — 81 кг, Температура — 36,5 С. Кожный покров обычной окраски, на ощупь теплый, сухой. При поступлении у пациентки АД 180/95 мм рт.ст., пульс 80 в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно шумов на артериях шеи не выслушивается. ЧДД — 20/мин., SpO₂ — 92%. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в н/о. Язык сухой, чистый. Живот не вздут, мягкий, не реагирует на пальпацию. Перистальтика выслушивается.

Неврологический статус.

Пациентка в сознании. Общемозговая симптоматика: диффузная головная боль, тошнота, однократная рвота. Менингеального синдрома нет. Речевых нарушений нет. Снижен левый корнеальный рефлекс. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2-х баллов в руке и легкой пирамидной недостаточностью в ноге, умеренным повышением мышечного тонуса по спастическому типу, сухожильной гиперрефлексией. Нарушений чувствительности и координаторных нарушений нет. Грубые рефлексы орального автоматизма (хоботковый, мандибулярный, ладонно-подбородочный). Псевдобульбарный синдром.

Данные лабораторных исследований.

В клиническом анализе крови при поступлении обращало на себя внимание снижение гемоглобина до 80 г/л; эритроцитов до $2,23 (4,00-5,20) \cdot 10^{12}/л$; гематокрита — до 22,2 (35,0–47,0) %; при среднем объеме эритроцита — 98,3 фл. Кроме этого, выявлено незначительное повышение уровня лейкоцитов — $11,0 (3,6-10,0) \cdot 10^9/л$. Лейкоцитарная формула не изменена.

В биохимическом исследовании крови выявлено повышение мочевины до 7,9 (2,5–6,4) ммоль/л и креатинина — до 125 (55–115) мкмоль/л, глюкоза крови — 5,2 (4,1–5,9) ммоль/л; билирубин общий — 12,3 (3,0–17,0) мкмоль/л; АЛТ — 20 (30–65) Ед/л; АСТ — 31 (15–37) Ед/л; альфа-амилаза — 115 (25–115) Ед/л; общий белок — 54 (64–82) г/л; альбумин — 18 (35–50) г/л. Липидный профиль в норме.

Анализ мочи: Цвет — насыщенно-желтый; Прозрачность — прозрачная; Относительная плотность ≥ 1.020 относит.ед.; рН — 5,0 ед., белка, глюкозы — нет, кетоновые тела — отрицательные; микроскопия осадка мочи: эпителий плоский — 0-1 кол. в поле зрения; лейкоциты (микр. осадка) — 0–1 в поле зрения.; эритроциты измененные — нет, бактерии - нет.

Коагулограмма — показатели не выходят за референтные значения.

Данные инструментальных исследований.

Исследование глазного дна: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

МРТ головного мозга. Срединные структуры мозга не смещены. Боковые желудочки симметричны, расширены на уровне тел справа — до 15 мм, слева — до 18 мм, ширина III желудочка — 8,5 мм. Отмечается выраженное расширение субарахноидального пространства по конвексимальной поверхности лобных, теменных долей и борозд мозжечка, расширение Sylvianian щелей с умеренной атрофией вещества головного мозга. В правом полушарии в режиме T2-ВИ и Flair в белом веществе определяются неправильной формы зоны повышенного МР-сигнала размером 48 на 4 мм и 41 на 10 мм (максимально на уровне моторных зон) – глиозные изменения.

В глубоком белом веществе больших полушарий, левой гемисфере мозжечка — единичные кисты до 4 мм. В проекции передних, задних рогов боковых желудочков имеется диффузное понижение плотности белого вещества. Определяются обызвествленные бляшки в стенках сифонов обеих ВСА. Травматических и деструктивных изменений в костях свода и основания черепа не выявлено. Заключение: МРТ-картина церебральной микроангиопатии. Кистозно-глиозные изменения правой гемисферы. Церебральный атеросклероз. Расширение наружных и внутренних ликворных пространств.

Rg-графия органов грудной клетки: легочные поля без достоверных очаговых и инфильтративных изменений. Умеренное расширение тени сердца. Атеросклероз аорты.

При УЗИ брюшной полости выявлены диффузные изменения поджелудочной железы и печени.

На ЭКГ: ритм правильный, синусовый с ЧСС — 72 удара в минуту. Очаговые изменения миокарда не выявлены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
2. Консультации каких специалистов необходимо назначить данной пациентке?
3. Какие направления лечения у данной пациентки Вы предлагаете? Коррекцию каких факторов риска необходимо провести у данной пациентки?

Задача № 19.

Пациентка 3. 73 лет пришла на амбулаторный прием с жалобами на периодически возникающую головную боль диффузного характера (тяжелая голова), несистемное головокружение, снижение зрения, снижение работоспособности, повышенную усталость, трудности запоминания, а также сложность при выполнении нескольких трудовых обязанностей одновременно (пациентка продолжает работать).

Анамнез жизни.

Условия жизни хорошие. Образование высшее. Работает экономистом. Из перенесенных заболеваний — детские инфекции, гепатит А, гастрит, варикозная болезнь, повторные бронхопневмонии. ХОБЛ в течение последних 5-7 лет. Аллерго-анамнез не отягощен. В семье родственников с когнитивными расстройствами не наблюдалось.

Анамнез заболевания.

В течение более 25 лет страдает артериальной гипертензией, принимает антигипертензивную терапию, однако целевых значений систолического артериального давления — 140 мм не достигает. В последние 8 лет пациентке ставится диагноз: снижение толерантности к глюкозе, гипогликемические препараты не принимает. Нормализует уровень глюкозы диетой. В течение последних 6 лет выставлен диагноз ХОБЛ. В последнее время — некоторая неловкость, неустойчивость при ходьбе, несистемное головокружение. В последние годы изменился характер, появилась забывчивость. Часто не может вспомнить отдельные слова, фамилии знакомых, что нужно было сделать.

Данные физикального обследования.

Состояние при поступлении: удовлетворительное. Рост — 160 см, Вес — 83 кг, Температура — 36,5 С. Кожный покров обычной окраски, на ощупь теплый, сухой. АД 180/95 мм рт.ст., пульс 86 в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно шумов на артериях шеи не выслушивается. ЧДД — 20/мин., SpO2 — 97%. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Язык сухой, чистый. Живот не вздут, мягкий, не реагирует на пальпацию. Перистальтика выслушивается.

Неврологический статус.

Общемозговой симптоматики нет. Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемианопсии не выявлено. Глазные щели $D \geq S$, зрачки $OD=OS$, фотореакция снижена. Движениях глазных яблок в горизонтальном направлении, вверх и вниз в полном объеме. При конвергенции – не доводит левое глазное яблоко. Чувствительность на лице сохранена. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Дисфагии, дисфонии, дизартрии нет. Язык при высовывании по средней линии. Парезов, параличей нет. Мышечный тонус повышен по пластическому типу. Сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, несколько повышены. Подошвенный симптом снижен с двух сторон. Симптомы орального автоматизма положительные. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет уверенно. Тазовых нарушений нет. Общий балл по шкале MoCA- 24.

Данные лабораторных исследований.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 131 г/л; эритроциты – $4,39 \cdot 10^{12}$ /л; средний объем эритроцита – 89,2 фл.; тромбоциты – $2416 \cdot 10^9$ /л; лейкоциты – $9,9 \cdot 10^9$ /л; лимфоциты – 2,7%; моноциты – 0%; СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 70 г/л; мочевины – 5,7 (2,5–6,4) ммоль/л; креатинин – 82 (55–115) мкмоль/л; глюкоза – 6,8 (4,1–5,9) ммоль/л; билирубин общий – 9,3 (3,0–17,0) мкмоль/л; АЛТ – 18 Ед/л; АСТ – 26 Ед/л; холестерин – 8,7 ммоль/л; ЛПНП – 7,0 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л.

В коагулограмме и анализе мочи существенных отклонений от нормы не выявлено.

Данные инструментальных исследований.

Исследование глазного дна: гипертоническая ангиопатия сетчатки. Осложненная катаракта.

На ЭКГ: ритм правильный, синусовый с ЧСС – 80 удара в минуту. Умеренные изменения электрической активности сердца. Гипертрофия левого желудочка.

Rg-графия органов грудной клетки: легочные поля без достоверных очаговых и инфильтративных изменений. Умеренное расширение тени сердца. Атеросклероз аорты.

УЗДГ БЦА: атеросклероз внечерепных отделов брахиоцефальных артерий со стенозированием:

- области каротидных бифуркаций: слева до 60%, справа до 40%;
- устья и проксимального отдела правой внутренней сонной артерии до 25%;

МРТ головного мозга: Срединные структуры мозга не смещены. Боковые желудочки симметричны, расширены. Отмечается выраженное расширение субарахноидального пространства по конвексальной поверхности лобных, теменных долей, расширение Sylvianовых щелей с умеренной атрофией вещества головного мозга. В глубоком белом веществе больших полушарий единичные кисты до 4 мм и очаги глиоза (вероятно, сосудистого генеза). В проекции передних, задних рогов боковых желудочков имеется диффузное понижение плотности белого вещества. Травматических и деструктивных изменений в костях свода и основания черепа не выявлено. Заключение: МРТ-картина церебральной микроангиопатии. Церебральный атеросклероз. Расширение наружных и внутренних ликворных пространств.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
2. Консультации каких специалистов необходимо назначить данной пациентке?
3. Какие направления лечения у данной пациентки Вы предлагаете? Коррекцию каких факторов риска необходимо провести у данной пациентки?

Задача №20.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка 52 лет отмечает постоянно нарастающую слабость в конечностях

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

Ранее к врачам не обращалась. Проходила плановый осмотр. 3 месяца назад она обратила внимание на то, что правая рука стала неповоротливой (у женщины ведущим является правое полушарие). Вскоре её рука стала «окостеневшей», слабой. За одну неделю слабость распространилась на ее другую руку и ноги, появились спонтанные «вздрагивания» мышц кисти.

Неврологический статус.

Общемозговой симптоматики нет. Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемипарезии не выявлено. Глазные щели $D \geq S$, зрачки $OD=OS$, фотореакция сохранена. Движениях глазных яблок в стороны, вверх и вниз в полном объеме. При конвергенции – не доводит левое глазное яблоко. Чувствительность на лице и теле сохранена. Лицо симметричное. Язык при высовывании по средней линии, фибрилляции мышц языка. Отмечается умеренная слабость в дистальных отделах конечностей, атрофия мышц руки, фасцикуляции в руках, икрах, гипертонус, гиперрефлексия, двухсторонний симптом Бабинского. Координаторные пробы выполняет неуверенно из-за слабости в конечностях.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: $Hb - 130$ г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,6 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 25%, моноциты – 8,0, базофилы - 0, эозинофилы – 2, тромбоциты – $305 \times 10^9/л$, СОЭ – 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л, общий билирубин – 13,0 мкмоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, АЛТ – 26 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза?

Задача №21.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка 22-х лет, доставлена в приемное отделение бригадой СМП с направительным диагнозом ОНМК по ишемическому типу в системе правой ВСА. Жалобы на слабость в левых конечностях больше в руке, которая возникла около 4 часов назад, ей предшествовали зрительные нарушения в правом глазу в виде потемнения и сужения поля зрения. Зрительные нарушения длились около 40 мин и полностью регрессировали. Появившаяся после слабость в левых конечностях то нарастала, то уменьшалась, иногда сопровождалась онемением слева. Онемение описать затрудняется, не уверена, что это было постоянно. Около часа назад началась сильная головная боль в правой половине головы, преимущественно лобно-височной локализации. Что и послужило поводом для вызова СМП. Отмечает раздражающий яркий свет и громкие звуки. Любое движение приводит к усилению головной боли.

Анамнез жизни.

Анамнез жизни – без особенностей. Работает журналистом.

Аллергию на препараты отрицает. Онкоанамнез – отрицает.

Анамнез заболевания.

Из анамнеза известно, что у бабушки пациентки были мигренозные приступы (характер приступов уточнить затрудняется). У самой пациентки головные боли появились в возрасте 17-ти лет, чаще связанные с менструальным циклом. Мигренозные приступы сейчас частотой 1 раз 2-3

месяца длительностью до 4-5 часов, начинаются со зрительных нарушений и нередко со слабостью в левой руке, с последующим развитием головной боли чаще левосторонней.

Данные физикального обследования.

Кожный покров обычной окраски, нормальной влажности. Аускультативно в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 130/85 мм рт.ст, адаптирована к АД 120/80 мм рт.ст. Пульс – 88 ударов в минуту. Температура тела 36,7 С.

Неврологический статус при поступлении.

В сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Заторможена. Фото-и фонофобия.

Легкая ригидность мышц шеи. Симптомов Кернига, Брудзинского и Бехтерева нет.

Черепные нервы интактны, зрение ориентировочно сохранено.

Мышечный тонус несколько снижен в левых конечностях. Легкий левой сторонний гемипарез с мышечной силой до 4 баллов в ноге и 3,5 баллов в руке. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках S>D, коленные и ахилловы рефлексы S>D с расширением рефлексогенных зон. Подошвенный рефлекс слева не вызывается. Патологических рефлексов нет. Рефлексов орального автоматизма нет. Координаторные пробы выполняет с легкой дисметрией слева. Чувствительных нарушений нет.

По ВАШ интенсивность головных болей 8/10.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 140 г/л, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,7 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $310 \times 10^9/л$, СОЭ – 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 23 Ед/л, глюкоза – 3,9 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

ЭКГ: ЧСС – 88 ударов в минуту. Нормальное расположение ЭОС.

Рентгенография органов грудной клетки: в легких инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень сердца без видимых изменений. Аорта уплотнена.

МРТ головного мозга: визуализируются единичные гиперинтенсивные (вероятно, сосудистые) очаги до 2 мм в обоих полушариях головного мозга.

Дополнительные сведения.

Пациентка госпитализирована с неврологический стационар. Начата недифференцированная базисная терапия.

Через 3 часа от поступления в клинику: зрительные и чувствительные нарушения полностью регрессировали. Сохраняется легкий парез в левой руке, выявляемый только в пробе на адиадохокinesis, в левой ноге полный объем активных движений. Было однократная рвота при попытке принять таблетированные препараты. Сохраняется выраженная слабость, фото- и фонофобия и гемикрания слева.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Ваша тактика ведения и лечения с указанием групп препаратов?
4. Каковы основные принципы реабилитации? Назовите медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у данного пациента.

Задача №22.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка 32-х лет обратилась с жалобами на постоянные «невыносимые» головные боли и потребовала срочно сделать ей МРТ головного мозга и «наконец-то найти ей лечение от мигрени».

Анамнез жизни.

Из анамнеза известно, что она мать 3-их детей, старшему 7 лет, младшему 18 месяцев.

Анамнез заболевания.

Первые головные боли возникли после первых родов около 7-ми лет назад, тогда же отмечалась послеродовая депрессия по поводу чего она принимала Сертралин. На фоне приема антидепрессанта она чувствовала сильную слабость и самостоятельно отменила препарат спустя 6 мес. После рождения ее третьего сына она отмечает увеличение частоты и интенсивности головных болей до 2-3 раз в неделю длительностью «почти целый день». Боль появляется без каких-либо предвестников или триггерных факторов, однако она отмечает, что приступы обычно учащаются перед месячными или после стрессов. Начинаясь с височных областей, головная боль распространяется на всю голову, сжимает как обручем, длится несколько часов, но во время головной боли больше болит либо правая, либо левая сторона. У нее не было фотофобии, фонофобии или тошноты и рвоты во время приступа. Прием парацетамола 500 мг помогал уменьшить, но полностью не купировал приступ головной боли. Периодически, ложась спать, она продолжает испытывать головную боль, но это не мешает ей заснуть. Ее депрессия определена как умеренная, и хотя она и ее дети хорошо спят всю ночь, она постоянно отмечает выраженную слабость. Ранее она обращалась к неврологам по поводу головной боли, но со слов пациентки «они ничего не понимают в медицине, не желают подтверждать ее мигрени и выписывать ей соответствующие препараты». С ее слов лучше всего ей помогает внутримышечная инъекция реланиума.

Данные физикального обследования.

При осмотре: соматический статус без особенностей. Температура тела – 36,7 °. АД = 120/70 мм рт.ст. Пульс – 86 ударов в минуту.

Неврологический статус.

Отмечается эмоциональная лабильность, акцентуированность пациентки на своем заболевании, депрессивные интонации и мысли.

В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики нет. Напряжения перикраниальных мышц не выявлено, болезненных триггерных точек не выявлено.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 130 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 25%, моноциты – 8,0, базофилы - 0, эозинофилы – 2, тромбоциты – 305×10^9 /л, СОЭ – 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л, общий билирубин – 13,0 мкмоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, АЛТ – 26 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

ЭКГ: ЧСС – 86 ударов в минуту. Нормальное расположение ЭОС.

Рентгенография органов грудной клетки: в легких инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень сердца без видимых изменений. Аорта уплотнена.

Вопросы:

1. Какие методы обследования показаны данной пациентке?
2. Ваш диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите?

Задача № 23.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациент Д., 34 лет, поступил в клинику в связи с внезапно развившимися головной болью по типу «удара в затылок», повторной рвоты, эпизода утраты сознания с генерализованными тонико-клоническими судорогами.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллергию на препараты отрицает.

Анамнез заболевания.

В анамнезе: до настоящего заболевания был практически здоров, вел активный образ жизни. Периодически отмечал интенсивные пульсирующие боли в правой половине головы, которые купировал отдыхом или приемом анальгетиков.

Данные физикального обследования.

При поступлении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. АД 140/80 мм рт.ст., пульс 64 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДЦ 18 в минуту.

Неврологический статус.

Возбужден, неадекватен, держится руками за голову. Симптомы Бехтерева и Мондонези с двух сторон, грубая ригидность затылочных мышц, двусторонний симптом Кернига. Зрачки равны, фотореакция сохранна. Глазодвигательных нарушений нет. Корнеальные рефлексы симметричны. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Парезов в конечностях нет. Сухожильные рефлексы с рук живые, D=S, коленные рефлексы угнетены. Двусторонний симптом Бабинского.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 130 г/л, эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $5,9 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы – 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $350 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л, АЛТ – 24 Ед/л, АСТ – 21 Ед/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 98 %, протромбиновое время – 16 сек, тромбиновое время – 19 сек, фибриноген – 4,0 г/л.

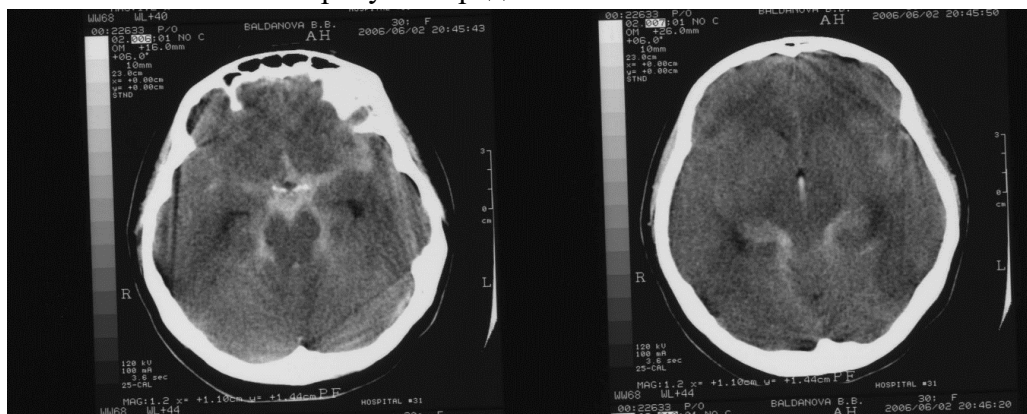
Данные инструментальных исследований.

ЭХО ЭС: ЭХО ЭС: MS=MD=Tr=72MM. Ширина III желудочка = 6мм. Смещения срединных структур мозга нет.

Анализ спинномозговой жидкости: Спинномозговая жидкость интенсивно окрашена кровью, вытекает под повышенным давлением крупными каплями. После центрифугирования в осадке цитоз 1050/3 преимущественно эритроциты, белок 0,1%.

ЭКГ: синусовая аритмия, ЧСС 64 в минуту.

МРТ головного мозга: рисунок представлен ниже.



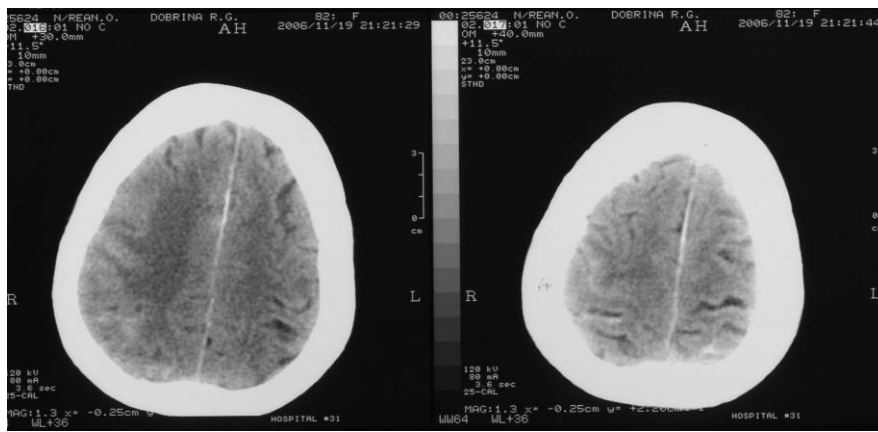


Рис. Больной Д., 34 лет

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какова предположительная причина кровоизлияния?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить клинический диагноз и уточнить наличие аневризмы у пациента?
4. Расшифруйте данные МРТ головного мозга (рис. 1).
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Какова тактика неотложной помощи пациенту?

Задача № 24.

Пациент П.М., 35 лет обратился на консультацию к epileptологу по поводу приступов потери сознания с судорогами.

Анамнез жизни.

Отягощенный онкологический, сосудистый анамнез – отрицает. Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Регулярно употребляет алкоголь.

Анамнез заболевания.

Из анамнеза известно, что около месяца назад госпитализирован в стационар по поводу серии судорожных приступов с прикусом языка, уриацией. Со слов, около 3 месяцев назад, проснулся с прикушенным языком и следами крови на подушке, отмечалась мышечная боль. Достоверных анамнестических указаний на наличие иных приступов эпилептического характера при сборе анамнеза не выявлено.

При дополнительном расспросе выяснено, что пациент за несколько дней до приступов употреблял спиртные напитки.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров физиологической окраски, повышенной влажности. Отечность лица. Нормального телосложения, умеренного питания. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту. АД = 110/65 мм рт.ст.

Неврологический статус.

На момент осмотра общемозговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

При ориентировочном исследовании гемипареза не выявлено. Глазные щели D=S, зрачки OD=OS, фотореакция снижена. Движения глазных яблок в полном объеме. Чувствительность на лице не изменена. Лицо симметрично. Установочный нистагм при взгляде в стороны. Дисфагии, дисфонии, дизартрии нет. Язык по средней линии. Сила в конечностях достаточная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, средней живости. Чувствительность на теле и конечностях сохранена. Координаторные пробы выполняет

удовлетворительно Однако выявляется ремор вытянутых пальцев рук. Отмечается повышенная потливость, гипергидроз ладоней, стоп.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 128 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – 290×10^9 /л, СОЭ – 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, креатинин – 74 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 5,4 ммоль/л, АЛТ – 24 Ед/л, АСТ – 21 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 98 %, протромбиновое время – 16 сек, тромбиновое время – 18 сек, фибриноген – 4,0 г/л.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга – признаки энцефалопатии.

ЭЭГ – диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Эпиактивности не выявлено.

Дополнительно: Выписан с диагнозом: Эписиндром. Рекомендован постоянный прием Карбамазепина в дозировке 400 мг/сутки (200 мг – 2 раза в день).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Корректен ли диагноз, выставленный в стационаре?
3. Тактика ведения пациента.

Задача № 25.

Пациентка Т.Л., 75 лет обратилась на консультацию к epileptологу по поводу приступов потери сознания.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллергию на препараты отрицает.

Анамнез заболевания.

Из анамнеза известно, что в течение последних 2-х лет отмечается несистемное головокружение, усиливающееся при поворотах и запрокидывании головы. За прошедший год 2 эпизода потери сознания без судорог, урикации, прикуса языка. Перед приступом ощущает тошноту, головокружение. Сосудистая и ноотропная терапия не назначалась. Достоверных анамнестических указаний на наличие иных приступов epileptического характера при сборе анамнеза не выявлено.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров физиологической окраски, нормальной влажности. Нормального телосложения, повышенного питания. Аускультативно в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 68 ударов в минуту. АД = 125/70 мм рт.ст.

Неврологический статус.

Из общемозговой симптоматики – головокружение несистемного характера. Менингеальных знаков нет.

При ориентировочном исследовании гемианопсии не выявлено. Глазные щели D=S, зрачки OD=OS, фотореакция снижена. Движениях глазных яблок в полном объеме. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметрично. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Глотание сохранено. Дисфонии, дизартрии нет. Язык по средней линии. Сила в конечностях достаточная. Мышечный тонус сохранен. Сухожильные и периостальные рефлексy

средней живости, справа чуть выше. Чувствительность на теле и конечностях не изменена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови и мочи – без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, мочевины – 4,9 ммоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, холестерин – 5,7 ммоль/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 28 Ед/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: признаки дисциркуляторной энцефалопатии.

ЭЭГ: выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Эпиактивности не выявлено. Косвенные признаки ВБН.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Методы дополнительного обследования.
3. Основные принципы лечения

Задача № 26.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина 35-ти лет обратился в клинику с жалобами на сильные головные боли, возникающие рано утром, во сне, от этих болей просыпается и уже уснуть не может. Боли чаще в правой половине лица и головы, реже слева. Боли непостоянные, длительностью до 25 мин с короткими перерывами, до 8 в серию

Анамнез жизни.

Работает на руководящей должности, рабочий день ненормированный, часто работает до глубокой ночи и в выходные дни.

Анамнез заболевания.

Из анамнеза известно, что подобные боли отмечались 5 лет назад, длились 3 дня, принимал ибупрофен в больших дозах, невролог прописал «какие-то капельницы», боли прекратились и длительное время не беспокоили. В детстве и юношестве головные боли не беспокоили. У родителей таких головных болей не отмечалось.

Последнее обострение 3 дня назад, когда около 4-х утра проснулся от нестерпимой головной боли в области правого глаза и виска, с покраснением конъюнктивы, отеком верхнего века, со слезотечением, покраснением височной области. Боль высокой интенсивности, метался по квартире. Пытался принять 2 таб. Ибупрофена 400 мг. Интенсивность боли не уменьшалась, была однократная рвота. Жена сделала укол диклофенака – без эффекта. В момент приступа головной боли очень раздражителен, кричит на всех, кто находится рядом. Боль длилась около 5-ти часов и внезапно прошла. В этот день работать было трудно из-за выраженной слабости и невозможности сосредоточиться. В день обращения головная боль повторилась прежней интенсивности.

Последние 3 года язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. Сейчас вне обострения. Сотрясение головного мозга 10 лет назад.

Данные физикального обследования.

При осмотре: соматический статус без особенностей. Температура тела – 36,6 °. АД = 120/70 мм рт.ст. Пульс – 84 ударов в минуту.

Неврологический статус.

В сознании, контактен, ориентирован в месте, времени и собственной личности. Эмоционально лабилен, раздражен. Менингеальных симптомов нет.

Покраснение правого глаза, отечность правого верхнего века, легкая анизокория D<S, фотореакция сохранена. Зрение ориентировочно сохранено. Нарушений обоняния и вкуса нет. Легкая гиперестезия в правой височной области. Лицо симметрично.

Слух сохранен, нистагма нет. Глотание и фонация не нарушены.

Парезов конечностей нет. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, равномерные, коленные рефлексы с расширением рефлексогенных зон, без разницы сторон. Патологических рефлексов нет. Рефлексов орального автоматизма нет. Координаторные пробы выполняет с легкой дисметрией. Тремор пальцев вытянутых рук. Чувствительных нарушений нет.

Напряжение мышц надплечий. Сглаженность шейного лордоза. Болезненность паравerteбральных точек, больше справа.

По ВАШ интенсивность головных болей 10/10.

Данные лабораторных исследований.

В общем и биохимическом анализе крови – без патологии.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: патологии вещества головного мозга не выявлено. Отмечаются незначительная асимметрия боковых желудочков и наружная гидроцефалия.

ЭЭГ – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с признаками дисфункции стволовых структур, преимущественно каудальных отделов. В затылочных отведениях регистрируются единичные острые волны без четкой латерализации.

Вопросы:

1. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
2. Предварительный диагноз и прогноз заболевания?
3. Тактика ведения и лечения (группы препаратов)?

Задача №27.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больная П., 73 лет, поступила в клинику по поводу остро развившихся нарушений речи и неадекватности поведения (суетлива, возбуждена, не понимает обращенную речь).

Накануне госпитализации была найдена родственниками на даче с вышеописанной симптоматикой.

Анамнез жизни.

Без особенностей.

Аллергию на лекарства – отрицает.

Анамнез заболевания.

В анамнезе у пациентки артериальная гипертензия с подъемами АД до 220/110 мм рт.ст., ИБС, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения II степени.

Данные физикального обследования.

При поступлении у больной выявлен пароксизм мерцательной аритмии, ЧСС 120-128 в минуту, АД 190/100 мм рт.ст. Аускультативно на сосудах шеи шумов не выявлено. **Неврологический статус**

Больная в сознании, возбуждена. Адекватному речевому контакту не доступна. Обращенную речь не понимает, на вопросы не отвечает, устные инструкции не выполняет, грубое отчуждение смысла слова, вербальные парафазии. Спонтанная речь по типу «словесной крошки». Чтение, письмо, счет в состоянии распада. Скуловой симптом Бехтерева слева. Снижен правый корнеальный рефлекс. Легкий парез мимических мышц по центральному типу справа. Парезов нет. Оживление сухожильных рефлексов справа. Рефлекс Бабинского справа, Россолимо с двух сторон. Выражены рефлексы орального автоматизма (хоботковый, ладонно-подбородочный).

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови, общий анализ мочи – без патологии.

Биохимический анализ крови: мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

ЭКГ: мерцательная аритмия, ЧСС 120-128 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

ДС МАГ: признаки грубого атеросклеротического поражения сосудов. Данных за стенозы магистральных артерий головы нет.

ЭХО-КГ: тромботические массы в полости правого предсердия, дискинезия межжелудочковой перегородки, гипертрофия миокарда левого желудочка.

МРТ головного мозга: представлен на рисунке 1.

ЭЭГ: представлена на рис.2.

Трёхмерная локализация источников ЭЭГ: представлен на рис.3.

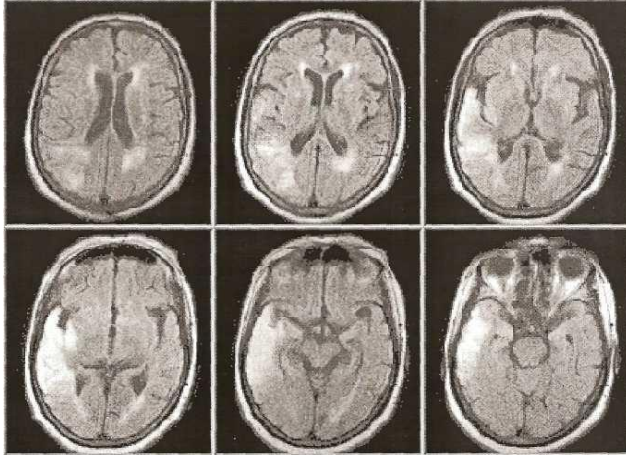


Рис. 1. МРТ (Больная П., 73 года).

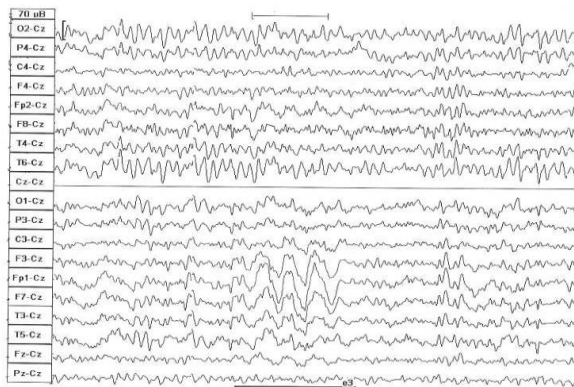


Рис. 2. ЭЭГ (Больная П., 73 года).

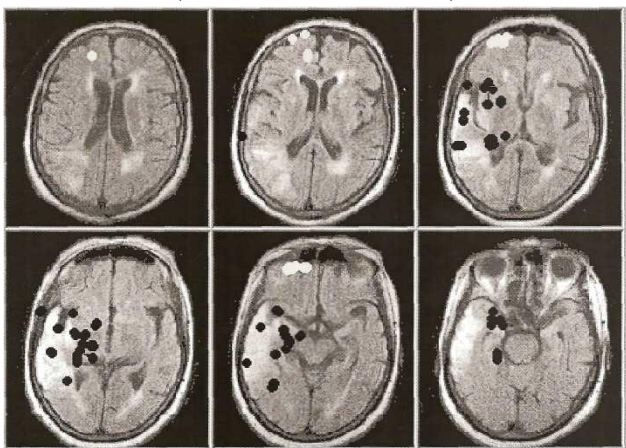


Рис. 3. Данные трёхмерной локализации источников дельта-очага (чёрные точки) и лобных вспышек (белые точки): несовпадение зон генерации (Больная П., 73 года).

Вопросы:

1. Каков предположительный характер инсульта?

2. Каков патогенетический вариант инсульта?
3. Какова предположительная локализация очага поражения?
4. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер, патогенетический вариант и локализацию инсульта?
5. Что выявлено при МРТ головного мозга (Рис. 1)?
6. Какие изменения регистрируются на ЭЭГ (Рис. 2) больного и при трехмерной локализации источников ЭЭГ (Рис. 3)?
7. Сформулируйте клинический диагноз.
8. Какова тактика ведения больного?

Задача №28.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больная Л., 68 лет, поступила в клинику по поводу остро развившейся слабости в левых конечностях. Симптоматика развилась внезапно на фоне повышения АД до 230/120 мм рт.ст., при «рабочем» 150/90 мм рт.ст.

Анамнез жизни.

Отягощен по сосудистому анамнезу – у сестры был инсульт, у брата – инфаркт миокарда.

Аллергию на лекарства – отрицает.

Анамнез заболевания.

Пациентка длительное время страдала артериальной гипертензией кризового течения, с подъемами АД до 220-240/100-120 мм рт.ст., систематически не лечилась, а также инсулин-независимым сахарным диабетом.

Данные физикального обследования.

При поступлении у больной АД 230/110 мм рт.ст., пульс 80 в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно шумов на артериях шеи не выслушивается.

Неврологический статус.

Больная в сознании. Менингеального синдрома нет. Речевых нарушений нет. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов в руке и легкой пирамидной недостаточностью в ноге, умеренным повышением мышечного тонуса по спастическому типу, сухожильной гиперрефлексией. Нарушений чувствительности и координаторных нарушений нет. Грубые рефлексы орального автоматизма (хоботковый, мандибулярный, ладонно-подбородочный).

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 125 г/л, эритроциты – $5,06 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 21%, моноциты – 8,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $340 \times 10^9/л$, СОЭ – 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, мочевины – 5,7 ммоль/л, креатинин – 79 мкмоль/л, общий билирубин – 13,0 мкмоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, АЛТ – 21 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 3,90 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 113%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 4,1 г/л.

Данные инструментальных исследований.

Суточное мониторирование АД: выявило постоянно повышенное АД с колебаниями в течение суток от 160/90 до 210/120 мм рт.ст. Максимальное повышение АД зарегистрировано преимущественно в ранние утренние часы.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 80 в мин, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

ДС МАГ: признаки грубого атеросклеротического поражения сосудов. Данных за стенозы магистральных артерий головы нет.

ЭЭГ: представлен на рисунке 1.

Трёхмерная локализация источников ЭЭГ: представлена на рис.2.
МРТ: представлен на рис.3.

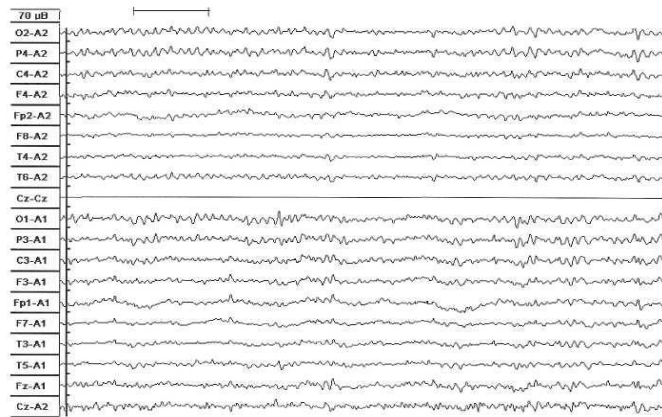


Рис. 1. ЭЭГ (больная Л., 68 лет)

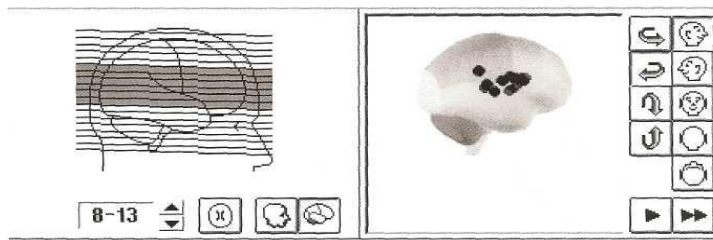


Рис. 2. Трёхмерная локализация источников ЭЭГ.

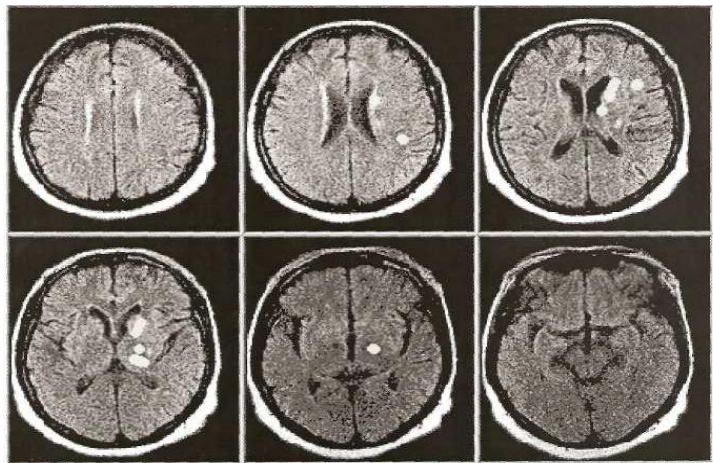


Рис. 3. МРТ головного мозга

Вопросы:

1. Каков предположительный характер инсульта?
2. Каков патогенетический вариант инсульта?
3. Какова предположительная локализация очага поражения?
4. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер, патогенетический вариант и локализацию инсульта?
5. Какие изменения выявляются по данным МРТ головного мозга (рис. 1)?
6. Какие изменения биоэлектрической активности головного мозга выявляются на ЭЭГ (рис. 2)?
7. Расшифруйте данные трехмерной локализации источников очаговой активности у больной (рис. 3).
8. Сформулируйте клинический диагноз.
9. Какова тактика ведения больной?

Задача №29.

У больного С., 62 лет, в травматологическом пункте, где ему проводилось снятие гипса по поводу перелома правой пястной кости, остро развились нарушения речи, слабость в правой руке, спустя 20 минут в правой ноге. Двигательные нарушения максимально выросли в течение часа.

Анамнез жизни.

Без особенностей.

Аллергия – на витамины группы В.

Анамнез заболевания.

В анамнезе у пациента умеренная артериальная гипертензия, синдром перемежающейся хромоты. 5 лет назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. В течение последнего года имели место три эпизода быстро проходящей слабости в правых конечностях.

Данные физикального обследования.

При поступлении у больного АД 160/90 мм рт.ст., Ps 76 в мин, ритм сердца правильный. Аускультативно слева над проекцией внутренней сонной артерии выслушивается систолический шум. Снижена пульсация на обеих а. dorsalis pedis.

Неврологический статус.

Больной в ясном сознании. Скуловой симптом Бехтерева слева. Спонтанная речь затруднена, малопонятна. Обращенную речь понимает не в полном объеме, выполняет только простые инструкции. Снижен правый корнеальный рефлекс. Парез мимических мышц по центральному типу справа. Язык девирует вправо. Оральная апраксия. Легкий правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3,5-4 баллов. Сухожильная гиперрефлексия справа. Гемигипестезия справа. Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлексы орального автоматизма.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 126 г/л, эритроциты – 5×10^{12} /л, лейкоциты – $8,1 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 21%, моноциты – 8,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – 330×10^9 /л, СОЭ – 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 76 г/л, мочевины – 5,8 ммоль/л, креатинин – 79 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 9,1 ммоль/л, АЛТ – 21 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, ЛПНП – 7,0 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л,

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 113%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 4,1 г/л.

Данные инструментальных исследований.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 76 в мин, диффузные изменения миокарда, признаки гипертрофии левого желудочка.

ДС МАГ: признаки грубого атеросклеротического поражения сосудов. Стеноз левой внутренней сонной артерии до 75%.

ЭХО-КГ: постинфарктные изменения переднебоковой стенки левого желудочка, тромботических масс в полости сердца не определяется.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

Транскраниальная доплерография: представлена на рис.2.

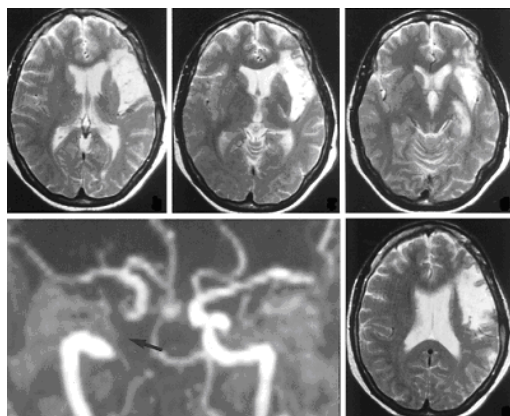
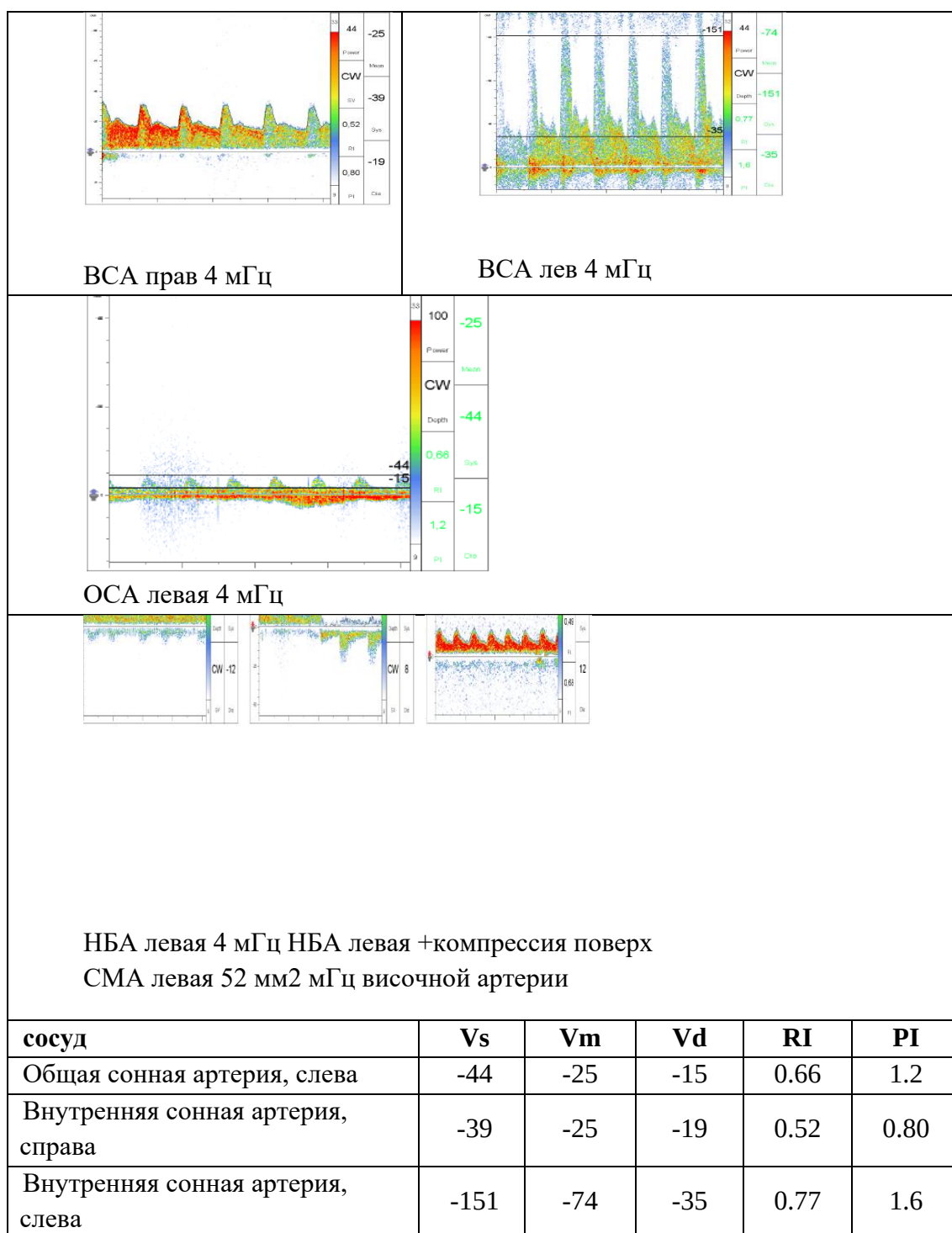


Рисунок 1. Больной С., 62 г. МРТ-исследование: аксиальные T2-взвешенные изображения и магнитно-резонансная ангиография. Стрелкой указан стеноз левой внутренней сонной артерии.



Надблоковая артерия, слева	-27	-44	-12		
Средняя мозговая артерия, слева	23	17	12	0.49	0.68

Рисунок 2. ТКДГ

ОСА – резкое снижение кровотока

ВСА – усиление ЛСК свыше 150см/с (поток стеноза)

НБА – ретроградный кровоток, инверсия на антеградный при компрессии поверхностной височной артерии

СМА – дефицит потока

Субтотальный стеноз левой ВСА в области устья свыше 70 %.

Вопросы:

1. Каков патогенетический вариант инсульта?
2. Какова предположительная локализация очага поражения?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер, патогенетический вариант и локализацию инсульта?
4. Какие изменения выявляются на МРТ головного мозга и МР-ангиографии (рис.1)?
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Какова тактика ведения больного?

Задача №30.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Р. 43 лет, поступил в клинику в связи с внезапно развившейся головной болью, слабостью в правых конечностях, спустя несколько минут – утратой сознания.

Анамнез жизни.

Анамнез жизни – без особенностей.

Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

В анамнезе: артериальная гипертензия с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. по поводу чего систематически не лечился, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь.

Данные физикального обследования.

При поступлении: состояние крайне тяжелое, повышенного питания. Выраженные гиперемия и «сальность» лица, инъекция склер. АД 190/120 мм рт.ст., Ps 56 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание с периодами апноэ до 5–7' (по типу Чейн-Стокса), ЧДД 32 в минуту.

Неврологический статус.

Сопор, на осмотр реагирует гримасой боли. Симптомы Бехтерева, Кернига слева, ригидность затылочных мышц. Анизокория (S>D). Фотореакция вялая. При проведении окулоцефалических проб – ограничение взора вправо. Снижен правый корнеальный рефлекс. Сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, при дыхании «парусит» правая щека. правая стопа ротирована наружу, мышечный тонус и сухожильные рефлексы в правых конечностях снижены. Периодически в ответ на раздражения, иногда спонтанно, возникают экстензорные тонические судороги в конечностях.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $380 \times 10^9/л$, СОЭ – 23 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 114,0%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 4,2 г/л.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлена на рис.1.

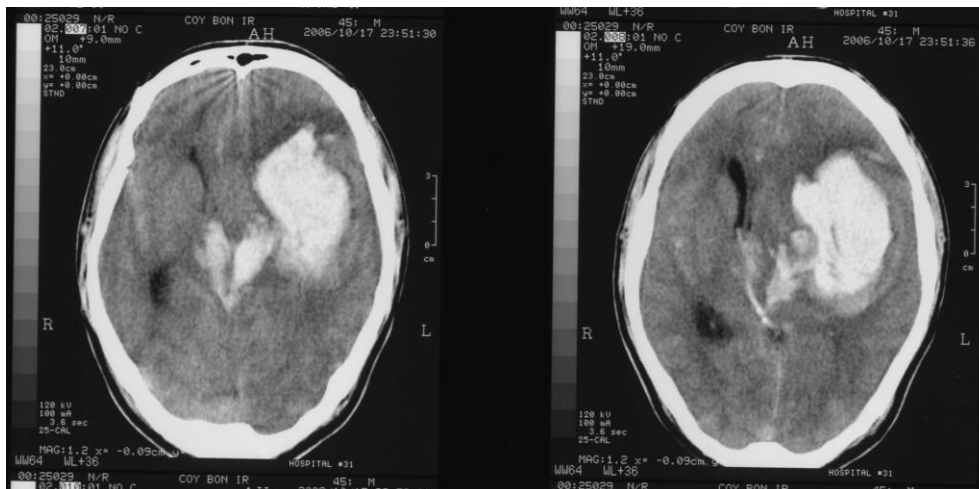


Рис. 1 (Больной Р. 43 лет)

Вопросы:

1. Каков предположительный характер инсульта?
2. Какова предположительная локализация гематомы, обоснуйте ответ.
3. Как объяснить экстензорные тонические судороги в конечностях, возникшие у больного?
4. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию инсульта?
5. Расшифруйте данные МРТ головного мозга (рис. 1).
6. Сформулируйте клинический диагноз.
7. Какова тактика неотложной помощи пациенту? Показана ли консультация нейрохирурга?

Задача №31.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной В. 53 лет, доставлен в клинику машиной скорой помощи в связи с остро развившейся головной болью, головокружением, рвотой, слабостью в левых конечностях.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Ведет активный образ жизни.

Аллергия – на антибиотики пенициллинового ряда.

Анамнез заболевания.

В анамнезе: артериальная гипертензия с кризовыми подъемами АД до 220/120 мм рт.ст., головные боли. До настоящего заболевания вел активный образ жизни. Вечером после психоэмоционального напряжения, на фоне подъема артериального давления развилась вышеописанная симптоматика.

Данные физикального обследования.

При поступлении: Состояние тяжелое. Лицо гиперемировано. АД 220/120 мм рт.ст., Ps 70 в минуту, ритмичный, ЧДД 18 в минуту.

Неврологический статус.

Пациент в легком оглушении. Симптом Бехтерева слева, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон. Зрачки равны, фотореакция живая. Поворот головы и глазных

яблок вправо. Ограничение взора влево. Снижен левый корнеальный рефлекс. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Глубокий левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 1-го балла в руке и 2-х баллов в ноге со снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами. Снижение всех видов чувствительности слева.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 109 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,5 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $370 \times 10^9/л$, СОЭ – 23 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 113,0%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 4,2 г/л.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

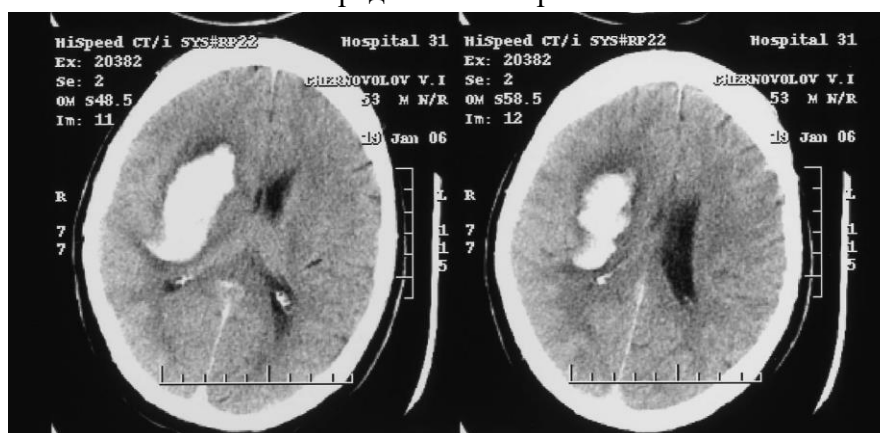


Рис. 1 (Больной В. 53 лет)

Вопросы:

1. Предположительный характер инсульта?
2. Какова основная причина кровоизлияния у больного?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию инсульта?
4. Расшифруйте данные МРТ головного мозга (рис. 1).
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Какова тактика неотложной помощи пациенту? Показана ли консультация нейрохирурга?

Задача №32.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Ж., 25 лет поступил в клинику с жалобами на сильную головную боль, тошноту, повторную рвоту, светобоязнь.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

Из анамнеза известно, что пациент болен в течение 10 дней. Заболевание сопровождалось назофарингитом. К врачу не обращался, лечился дома. Накануне госпитализации появилась резкая головная боль, тошнота, повторная рвота, повышение температуры тела до 39,5°C.

Данные физикального обследования.

Объективно: состояние тяжелое, кожный покров бледный. Нормального телосложения, пониженного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 ударов в минуту. АД = 120/70 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе: положительные симптомы Бехтерева и Мондонеи с 2-х сторон. Выражена ригидность мышц шеи. Симптом Кернига резко положительный с 2-х сторон.

Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $13 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 86%, лимфоциты – 13%, моноциты – 12,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, СОЭ – 40 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Данные инструментальных исследований.

При люмбальной пункции ликвор мутный, белесый, вытекает под повышенным давлением. Цитоз 15000/3. Содержание глюкозы и белка незначительно снижено. Проба на фибриновую пленку отрицательная. При бактериоскопии обнаружен диплококк.

Вопросы:

1. Какие симптомы выявлены в неврологическом статусе у пациента?
2. О чем свидетельствуют изменения ликвора?
3. Предположительный диагноз.
4. Возможные осложнения заболевания.
5. Тактика неотложной помощи пациенту.

Задача № 33.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больная З., 68 лет поступила в клинику с жалобами на головные боли, слабость, утомляемость, потливость, снижение аппетита, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,7° С.

Анамнез жизни.

Отягощенность по онкологии, сосудистому анамнезу – отрицает.

Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

Считает себя больной в течение 3–4 недель.

Данные физикального обследования.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Кахексия. ЧСС – 90 ударов в минуту. АД = 100/60 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе: Положительный симптом Кернига с 2-х сторон. Умеренная ригидность мышц шеи.

ЧМН – без патологии.

Парезов нет. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексy живые, без видимой разницы стороны. Патологических стопных знаков нет. Чувствительность на теле и конечностях сохранена. Координаторные пробы выполняет с легкой интенцией у цели с 2-х сторон.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 128 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $14 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 87%, лимфоциты – 12%, моноциты – 12,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $318 \times 10^9/л$, СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Данные инструментальных исследований.

При люмбальной пункции: СМЖ опалесцирует. Цитоз 600/3 (преимущественно за счет лимфоцитов). Содержание белка 3 г/л., глюкозы – 0,2 л. При отстаивании СМЖ образуется нежная фибриновая пленка.

Вопросы:

1. О чем говорят изменения в СМЖ?
2. Каков клинический диагноз?
3. Какого специфического лечения данного заболевания?

Задача № 34.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Т., 45 лет поступил в клинику с жалобами на головную боль, болезненность при движении глазных яблок, боль в мышцах, сонливость.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Работает экономистом.

Аллергию на препараты – отрицает.

Анамнез заболевания.

Около недели назад перенес грипп, через 5 дней после заболевания вновь появилось повышение температуры тела до 38,5°, головная боль, рвота, головокружение.

Данные физикального обследования.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. ЧСС – 90 ударов в минуту. АД = 100/65 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе: отмечается умеренный менингеальный синдром, правосторонняя пирамидная недостаточность в виде гемипареза со снижением мышечной силы до 4-х баллов. Симптом Бабинского справа.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови отмечается лимфоцитозный лейкоцитоз.

В биохимическом анализе крови и анализе мочи – без патологии.

Данные инструментальных исследований.

При люмбальной пункции СМЖ вытекает под повышенным давлением, цитоз 8/3 (лимфоциты). Содержание белка и глюкозы не изменено.

Вопросы:

1. О каком осложнении гриппа следует думать в данном случае?
2. Какими дополнительными методами можно подтвердить диагноз?
3. Каковы основные направления терапии подобных состояний?

Задача № 35.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Д., 30 лет, жалуется на слабость в руках и ногах, трудности при ходьбе, осиплость голоса.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Ведет активный образ жизни. Работает инструктором в фитнес-центре.

Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

Ухудшение настоящего состояния последние 2 недели, когда после ОРВИ отметил онемение и чувство жжения в стопах, стала нарастать слабость в ногах. Через несколько дней слабость резко

усилилась, стал с трудом передвигаться по комнате, отметил слабость в руках, осиплость голоса. Был госпитализирован.

Данные физикального обследования.

При поступлении общее состояние средней тяжести, телосложение правильное, кожные покровы чистые, отмечается пастозность кистей и стоп. В легких выслушиваются рассеянные влажные хрипы, число дыханий 32 в мин., пульс 84 уд/мин, АД 140/80 мм рт.ст.

Неврологический статус

В неврологическом статусе выявляется тетрапарез с низким мышечным тонусом до 2-х баллов в ногах и 3-4-х баллов в руках, особенно выраженный в дистальных отделах. Сухожильные рефлексы не вызываются. Гиперестезия на стопах, поверхностная чувствительность снижена по полиневритическому типу.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови и мочи: Нб – 130 г/л, эритроциты – $5,06 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 28%, моноциты – 11,0, базофилы – 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – 415×10^9 /л, СОЭ – 28 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, АЛТ – 24 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза №1 – 5,8 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

МРТ: патологических изменений в костях черепа и веществе головного мозга не обнаружено. Имеет место катаральный левосторонний гайморит.

ЭНМГ: выявлены признаки демиелинизирующей полинейроадикулопатии в нервах языка, верхних и, особенно, нижних конечностей, а также признаки невралгической денервации в мышцах кистей и стоп (рис.1)

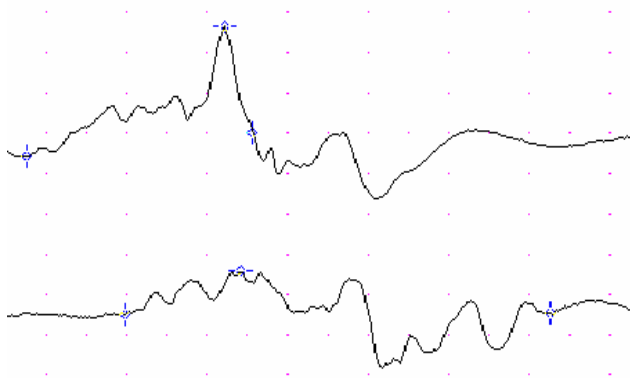


Рис. 1. Стимуляционная ЭНМГ, n. medianus dext. Б-ной Д., 30 лет.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?
2. Какие симптомы дали основание для постановки диагноза?
3. Каким методом можно подтвердить диагноз?
4. Тактика ведения пациента?
5. Каков прогноз заболевания в данном случае?

Задача №36.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Л., 41 года, доставлен в стационар после ДТП, в крайне тяжелом состоянии.

Анамнез жизни.

Не известен.

Анамнез заболевания (собран со слов врачей бригады СМП)

Сбит машиной, в момент аварии переходил дорогу в неустановленном месте, находясь в состоянии алкогольного опьянения.

Данные физикального обследования.

При осмотре: множественные ссадины и ушибы на голове. Крепитация костей черепа, выделение кровянистой жидкости из ушей. Повреждений со стороны внутренних органов не выявлено. АД 90/60, пульс 56 уд в мин.

Неврологический статус.

Пациент контакту не доступен. Болевое раздражение вызывает лишь беспорядочные, нецеленаправленные движения. Дыхание неравномерное: периоды гипервентиляции, во время которых частота дыхания сначала нарастает, затем убывает, сменяются периодами апноэ. Зрачки средней ширины, Фотореакции вялые. Легкое расходящееся косоглазие с двух сторон. Мышечный тонус диффузно снижен. Симптом Боголепова слева. Сухожильные рефлексы слева выше, двусторонний симптом Бабинского.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 101 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $350 \times 10^9/л$, СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л, общий билирубин – 12,0 мкмоль/л, АЛТ – 40 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1

Рентгенография черепа: представлена на рис.2.

ЭЭГ: представлен на рис.3.

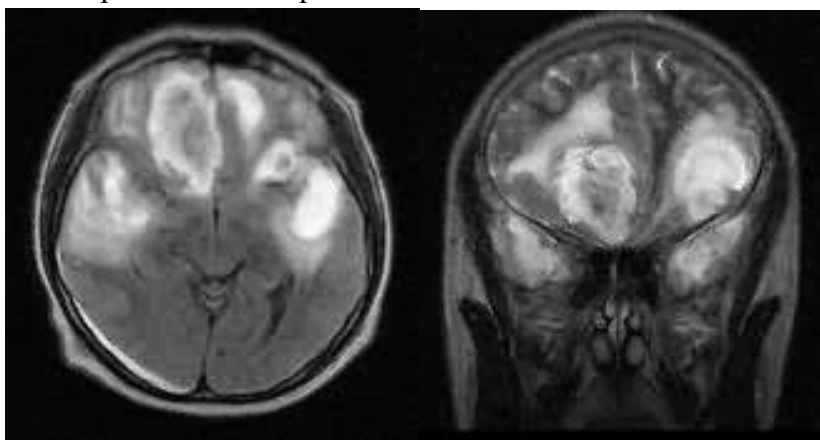


Рис 1. МРТ. Больной Л., 41 год.



Рис. 2. Рентгенография черепа. Больной Л., 41 год.

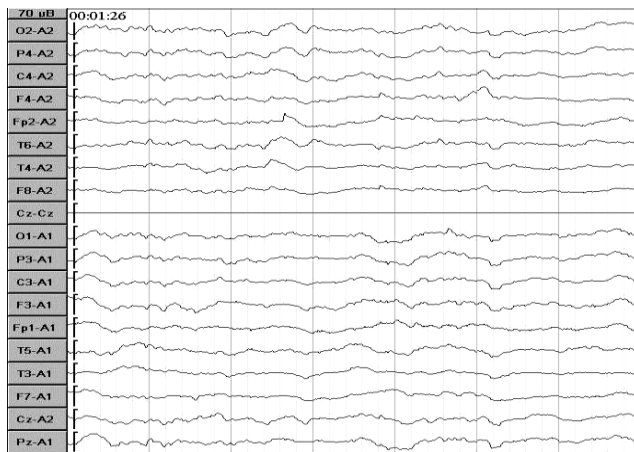


Рис. 3.ЭЭГ. Больной Л. , 41 год.

Дополнительно.

Пациент консультирован нейрохирургом, произведена операция.

В течение 3-х недель пациент находился в реанимационном отделении на аппарате искусственного дыхания. Затем пациента удалось отключить от аппарата и перевести на самостоятельное дыхание. У него восстановился ритм смены сна и бодрствования, днем пациент периодически лежит с открытыми глазами, ночью спит. Постепенно пациент начал самостоятельно глотать полужидкую пищу, стало возможно кормление без зонда.

В неврологическом статусе: полное отсутствие контакта с больным, пациент не реагирует ни на какие раздражители, не фиксирует взгляд, полностью отсутствуют признаки познавательной деятельности. Зрачки равны, фотореакции сохранены, окулоцефалические рефлексы сохранены. Глоточный рефлекс вызывается. Спастический тетрапарез. Дальнейшее наблюдение за пациентом не выявляло динамики неврологического и психического статуса.

Вопросы:

1. Характер травмы?
2. Как называется тип дыхания, наблюдавшийся у больного, о поражении каких структур свидетельствует такое дыхание?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию патологического процесса?
4. Какие изменения выявляются по данным МРТ головного мозга (рис. 1) и рентгенографии черепа (рис. 2)? Какие изменения выявляются по данным ЭЭГ (рис. 3)?
5. Сформулируйте клинический диагноз.

Задача № 37.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 30 лет.

Анамнез жизни.

Не известен.

Анамнез заболевания (собран со слов очевидцев).

Упала с высоты 3 метра. Очевидцы наблюдали, как пациент ударился головой.

Данные физикального обследования.

Травматические повреждения грудной клетки и конечностей отсутствуют. АД – 100/60 мм рт.ст. Пульс – 86 у даров в минуту. ЧДД – 16 в минуту.

Неврологический статус.

Спутанность сознания. Контакт не доступен. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Симптом Бабинского слева. Оценить чувствительность и координацию не предоставляется возможным из-за тяжести состояния больного.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 102 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,9 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $350 \times 10^9/л$, СОЭ – 23 мм/час.

Общий анализ мочи – без патологии.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1.



Рис. 1. КТ головного мозга

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Задача № 38.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 70 лет. Жалуется на нарушение зрения, шаткость и неустойчивость при ходьбе.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллергия – на каптоприл (отек лица).

Анамнез заболевания.

Длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом цифр АД до 180/100 мм рт.ст., адаптирован к АД – 130/80 мм рт.ст. Гипотензивную терапию принимает постоянно.

В анамнезе: ИБС, мерцательная аритмия.

Ухудшение состояния возникло утром, когда отметил острое ухудшение зрения, появление головной боли. В связи с сохранением симптоматики родственниками вызвана бригада СМП, госпитализирован в приемное отделение больницы.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров бледный, нормальной влажности. Нормального телосложения, умеренного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм неправильный. ЧСС – 74 ударов в минуту. АД = 140/80 мм рт.ст.

Неврологический статус.

На момент осмотра общемозговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

При ориентировочном исследовании выявляется правосторонняя гомонимная гемианопсия.

Лицо симметрично. Бульбарных нарушений не выявлено.

Парезов нет. Чувствительность на теле и конечностях не изменена. Координаторные пробы выполняет с легкой атаксией справа, слева – удовлетворительно. В позе Ромберга – неустойчив. Зрительная агнозия, метаморфопсия, алексия.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови и мочи – без клинически значимой патологии.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1.

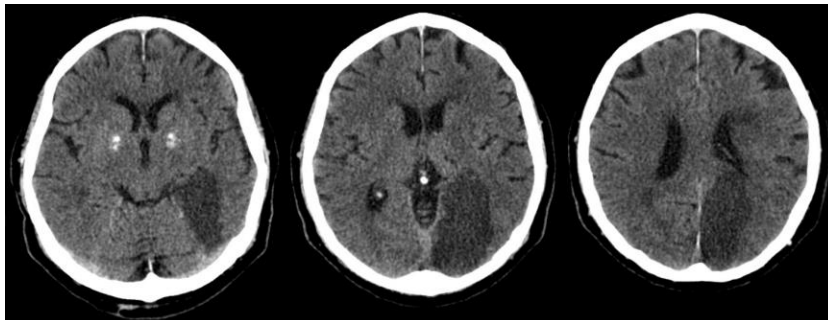


Рис.1 КТ головного мозга.

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Задача № 39.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 55 лет. Жалуется на диффузную головную боль, тошноту.

Анамнез жизни.

В анамнезе – злоупотребление алкоголем.

Анамнез заболевания.

Ухудшение состояния отмечает последние 2 недели, когда появились вышеперечисленные симптомы. Травму головного мозга пациент отрицает.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров бледный. Гипостенического телосложения, пониженного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС – 74 ударов в минуту. АД = 130/75 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе: спутанность сознания, из общемозговой симптоматики – головная боль. Менингеальных знаков на момент осмотра не выявлено. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,7 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $360 \times 10^9/л$, СОЭ – 21 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, АЛТ – 39 Ед/л, АСТ – 32 Ед/л, глюкоза – 6,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи – без патологии.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1

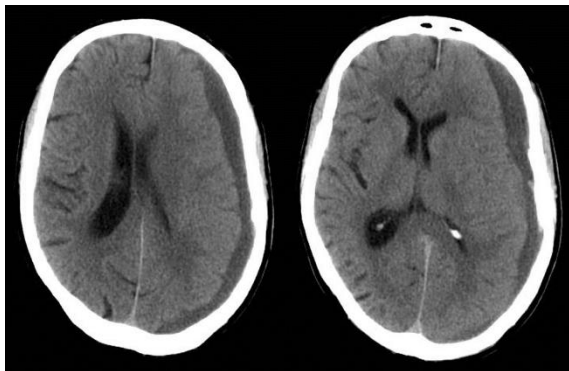


Рис.1. КТ головного мозга

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Задача № 40.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 50 лет. Жалобы на головную боль, тошноту, слабость в левых конечностях.

Анамнез жизни.

Анамнез жизни – без особенностей.

Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

Длительное время страдает гипертонической болезнью. Постоянную гипотензивную терапию не принимает.

Ухудшение настоящего самочувствия возникло утром, когда появились головная боль, тошнота и слабость в левых конечностях. Вызвана бригада СМП. Госпитализирован.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров бледный, нормальной влажности. Нормального телосложения, пониженного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 ударов в минуту. АД = 150/85 мм рт.ст.

Неврологический статус.

Из общемозговой симптоматики – головная боль, тошнота. Менингеальных знаков на момент осмотра не выявлено. Сглажена левая ногогубная складка. Язык несколько девирует влево. Левосторонний гемипарез до 3-х баллов в руке и ноге со снижением мышечного тонуса. Левосторонняя гемигипестезия. Тазовые функции контролирует.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 120 г/л, эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $350 \times 10^9/л$, СОЭ – 16 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 6,60 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1.

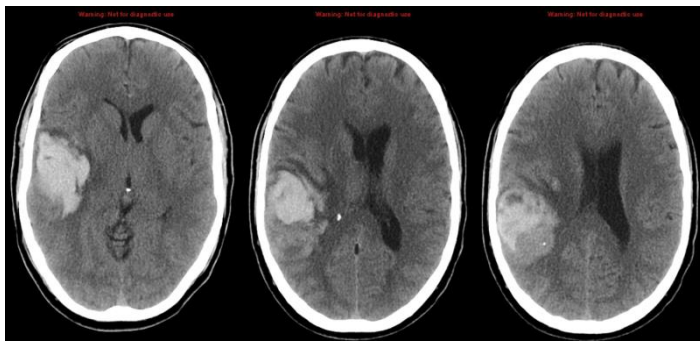


Рис.1. КТ головного мозга.

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Задача № 41.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 70 лет. Жалобы на слабость в правых конечностях.

Анамнез жизни.

Анамнез жизни – без особенностей.

Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания. Остро возникшая слабость в правых конечностях.

Длительное время страдает гипертонической болезнью, принимает гипотензивную терапию.

Ухудшение состояния возникло остро, сегодня утром, когда появилась слабость в правых конечностях, головная боль, тошнота. Вызвана бригада СМП. Госпитализирован.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров бледный. Аускультативно в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 ударов в минуту. АД = 150/80 мм рт.ст.

Неврологический статус.

Головную боль, головокружения отрицает. Менингеальных знаков на момент осмотра не выявлено. Сглажена правая ногогубная складка. Язык несколько девирует право. Правосторонний гемипарез до 3-х баллов в руке и 4-х баллов в ноге со снижением мышечного тонуса. Тазовые функции контролирует.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 108 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – 350×10^9 /л, СОЭ – 16 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, глюкоза – 6,60 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1. Исследование проведено спустя 2 часа после развития симптоматики.

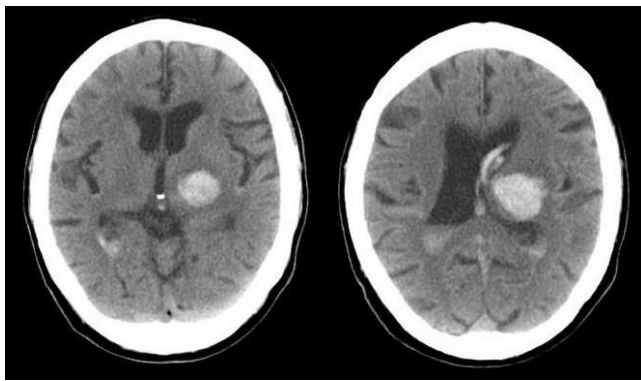


Рис.1. КТ головного мозга.

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Задача № 42.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 59 лет. Жалобы на сильную головную боль.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллергию на препараты отрицает.

Анамнез заболевания.

Пациент обратился в приемное отделение с жалобами на возникшее во время физической нагрузки головокружение с последующей потерей сознания.

Данные физикального обследования.

При поступлении: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. АД 140/80 мм рт.ст., пульс 64 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДЦ 18 в минуту.

Неврологический статус.

В сознании, возбужден. Симптомы Бехтерева и Мондонези с двух сторон, ригидность затылочных мышц, двусторонний симптом Кернига. Зрачки равны, фотореакция сохранна. Глазодвигательных нарушений нет. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Сила в конечностях достаточная. Сухожильные рефлексы живые, слева несколько выше.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови отмечается незначимое повышение СОЭ до 16 мм/час.

В биохимическом анализе крови и анализе мочи – без клинически значимой патологии.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1.

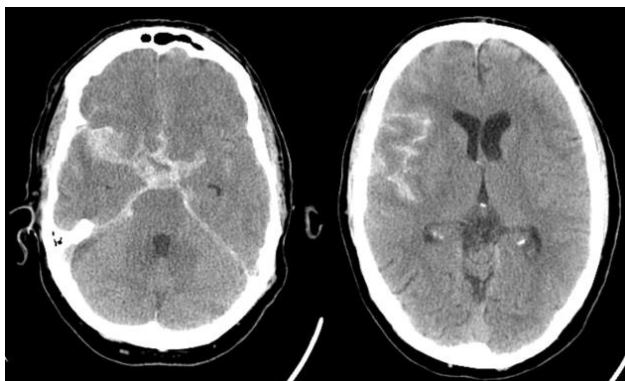


Рис.1. КТ головного мозга.

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Задача № 43.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 55 лет. Жалуется на головную боль. Отмечается изменения личности.

Анамнез жизни.

Онкоанамнез – не отягощен.

Аллергию на препараты отрицает.

Анамнез заболевания.

Последние 2 года родственниками отмечается изменение личности пациента.

Данные физикального обследования.

Кожные покровы обычной окраски. АД 125/80 мм рт.ст., пульс 64 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. ЧДЦ 15 в минуту.

Неврологический статус

При ориентировочном исследовании определяется битемпоральная гемианопсия. Парезов, параличей нет. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, несколько повышены. Подошвенный симптом снижен с двух сторон. Симптомы орального автоматизма положительные. Хватательный симптом Янишевского с двух сторон. Лобная психика.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови – без клинически значимой патологии.

В биохимическом анализе отмечается увеличение СРБ до 7 мг/л (норма до 5).

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

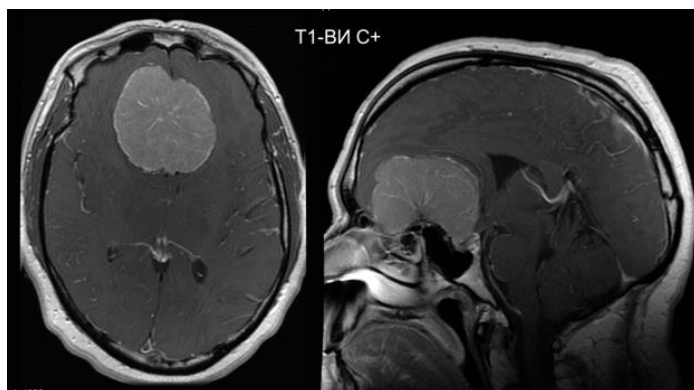


Рис.1. МРТ головного мозга.

Вопросы:

1. Дайте характеристику образованию, представленному на МРТ-изображениях
2. Предположите возможную природу образованию.

Задача № 44.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 75 лет. Жалуется на головные боли, боль и отек лица справа.

Анамнез жизни.

Без особенностей.

Анамнез заболевания.

Вышеописанная симптоматика беспокоит в течение последних 3-х недель. Около месяца назад переболел ОРВИ (отмечалось повышение температуры до 38-39, заложенность носа, боль в правом ухе). Лечился самостоятельно, у врача не консультирован.

Данные физикального обследования.

Состояние средней степени тяжести. Отмечается отек лица справа, болезненная при пальпации. АД – 120/70 мм рт.ст. Пульс – 72 в минуту.

Неврологический статус.

Из общемозговой симптоматики – головная боль. При ориентировочном исследовании – верхнеквадрантная левосторонняя гемианопсия. Правосторонняя пирамидная недостаточность.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови – признаки нейтрофильного лейкоцитоза.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

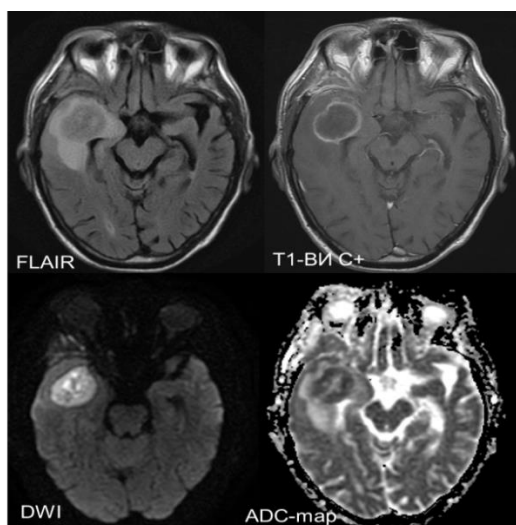


Рис.1. МРТ головного мозга.

Вопросы:

1. Дайте характеристику образованию, представленному на МРТ-изображениях
2. Предположите возможную природу образованию.

Задача № 45.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 35 лет. Жалуется шум и звон в правом ухе, головокружение, боли в лице справа.

Анамнез жизни.

Без особенностей.

Анамнез заболевания.

Последние 2 года отмечает шум и звон в правом ухе. Неоднократно консультирован неврологом, Лор-врачом. Выставлен диагноз – нейросенсорная тугоухость. Назначалась сосудистая и ноотропная терапия, с частичным положительным эффектом. Однако дополнительных методов исследования ранее не проводилось.

Последние 6 месяцев стал отмечать простреливающие боли в лице справа, эпизоды головокружения.

Данные физикального обследования.

Неврологический статус.

Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемианопсии не выявлено. Движение глазных яблок в полном объеме. Гиперестезия лица справа. Лицо асимметрично, отмечается сглаженность правой лобной и носогубной складок. Слух снижен на правое ухо.

Бульбарных нарушений нет. Парезов нет. Координаторные пробы справа выполняет с мимопопаданием, слева – удовлетворительно. В позе Ромберга – пошатывается.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови – без клинически значимой патологии.

В биохимическом анализе крови – увеличение СРБ до 15 мг/л (норма до 5)

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

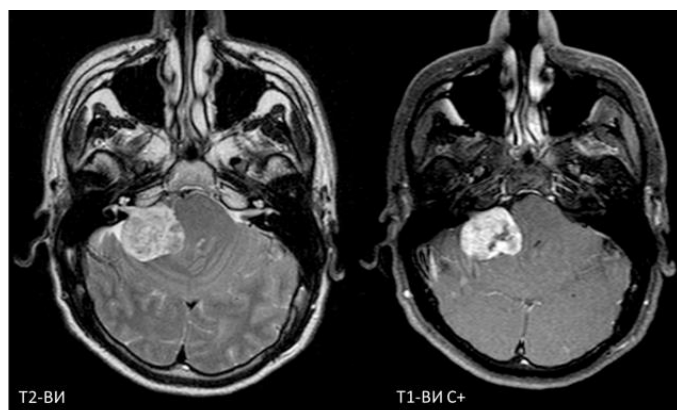


Рис.1. МРТ головного мозга.

Вопросы:

1. Дайте характеристику образованию, представленному на МРТ-изображениях
2. Сделайте предположение о его природе.

Задача № 46.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 45 лет. Жалобы на периодические головные боли.

Анамнез жизни.

Без особенностей.

Аллергию на препараты – отрицает.

Анамнез заболевания.

В анамнезе – эпилепсия.

Головные боли беспокоят с подросткового возраста. Последние несколько лет отмечает учащение приступов до 2-3-х раз в месяц.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров физиологической окраски. Нормального телосложения, умеренного питания. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 72 ударов в минуту. АД = 120/60 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В сознании, контактен, ориентирован. Из общемозговой симптоматики – головная боль, преимущественно в затылочной области. ЧМН – без патологии. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Данные лабораторных исследований.

В общем и биохимическом анализе крови – без клинически значимой патологии.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

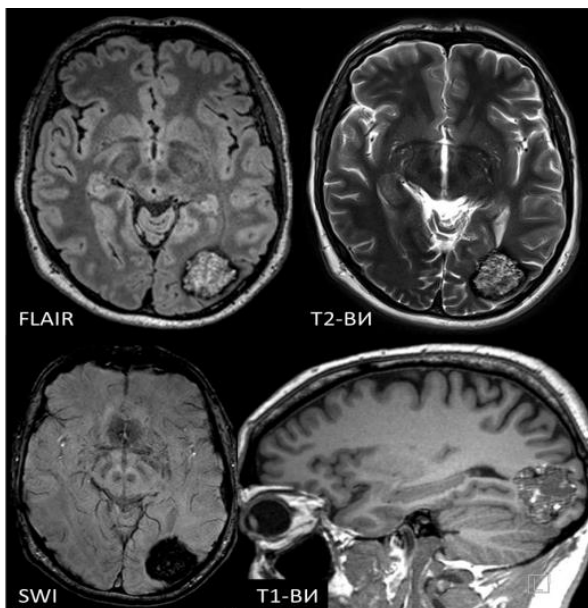


Рис.1. МРТ головного мозга.

Вопросы:

1. Дайте характеристику образованию, представленному на МРТ-изображениях
2. Сделайте предположение о его природе.

Задача № 47.

Больной Р., 49 лет,

Анамнез жизни.

Онкоанамнез – не отягощен.

Аллергия – на препараты витамины группы В.

Анамнез заболевания.

За 3 часа до госпитализации упал, ударился головой. Отмечалась потеря сознания до 5-8 минут, после чего возникли головная боль, тошнота, однократная рвота. Сразу к врачу не обратился, однако спустя 3 часа состояние ухудшилось, появилась интенсивная головная боль, заторможенность, в связи с чем госпитализирован.

Данные физикального обследования.

Состояние тяжелое. Аускультативно в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД = 130/70 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе: глубокое оглушение, в процессе диагностических мероприятий наросшее до уровня сопора. Менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц, скуловой симптом Бехтерева слева). Анизокория (за счет расширения левого зрачка) со снижением фотореакции. Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 4,0-4,5 баллов. Симптом Бабинского справа.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови отмечается анемия легкой степени.

Общий анализ мочи – без клинически значимой патологии.

Данные инструментальных исследований.

ЭХО-ЭС: MD=76 мм, MS=68 мм, Tr=72 мм. Множество дополнительных ЭХО-сигналов слева. Смещение срединных структур слева направо на 6 мм.

КТ головного мозга: представлен на рис.1



Рис. 1. КТ головного мозга, больной Р., 49 лет.

Вопросы:

1. Клинический диагноз, как расценить внезапное ухудшение состояния больного?
2. Как объяснить развитие у пациента анизокории?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию патологического процесса?
4. Какие изменения выявляются по данным КТ головного мозга (рис. 1)?
5. Какова тактика ведения больного?

Задача № 48.

Мужчина Ж. 66 лет. Жалобы на слабость в левых конечностях и асимметрию лица.

Анамнез жизни.

В течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения, в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией. В течение последних трех месяцев было 3 кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. Курит, имеет низкую физическую активность, ожирение.

Анамнез заболевания.

Мужчина был доставлен в сосудистое отделение городской больницы в связи с возникшей слабостью в левых конечностях.

Данные физикального обследования.

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс — 80 в минуту, ритм правильный. При пальпации справа пульсация ослаблена на общей сонной артерии, но усилена на височной артерии.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе обнаружены сглаженность левой носогубной складки, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, перекося лица вправо при улыбке, отклонение языка влево при высовывании, снижение силы в левой руке до 3 баллов, в ноге до 4 баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, повышение тонуса в сгибателях левой руки и разгибателях левой ноги, симптом Бабинского слева. На фоне лечения отмечено улучшение двигательных функций. Пациент смог самостоятельно ходить и себя обслуживать. Пациент самостоятельно передвигается, полностью себя обслуживает. Выписан из сосудистого отделения и направлен в поликлинику по месту жительства к неврологу.

Данные лабораторных исследований.

В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 8.0 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,5 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга, на которой в лобной доле правого полушария головного мозга найдена область ишемического поражения до 30 мм в диаметре.

При дуплексном сканировании обнаружены закупорка правой внутренней сонной артерии, умеренный (до половины диаметра) стеноз левой внутренней сонной артерии.

Вопросы:

1. Как следует расценивать двигательные нарушения, имеющиеся у пациента?
2. Парез мимических мышц следует расценивать как?
3. Изменение мышечного тонуса следует расценивать как?
4. Какой патогенетический тип ишемического инсульта имеет место у данного пациента?
5. Патогенетическим механизмом развития транзиторной ишемической атаки является?

Задача № 49.

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Женщина Т. 72 лет. Жалобы: на неустойчивость, затруднение при глотании, осиплость голоса, онемение в правой половине лица и левых конечностях.

Анамнез жизни.

В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией, в течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца. 5 лет назад обнаружена постоянная форма фибрилляции предсердий. Не курит, алкоголь не употребляет, имеет низкую физическую активность, страдает ожирением.

Анамнез заболевания.

Женщина была доставлена в сосудистое отделение городской больницы в связи с тем, что у неё внезапно возникли неустойчивость, утрата глотания, осиплость голоса, онемение в правой половине лица и левых конечностях.

Данные физикального обследования.

Пациентка в ясном сознании. Артериальное давление 150/90 мм рт. ст., пульс — 70-90 в минуту, неправильный.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе выявлены птоз, миоз и экзофтальм справа, осиплость голоса, затруднение глотания, свисание дужки мягкого нёба и ослабление глоточного рефлекса справа, нормальная сила в конечностях, ослабление болевой и температурой чувствительности на лице справа и на туловище и конечностях слева, интенционный тремор при выполнении пальцевосовой и пяточно-коленной проб в правых конечностях.

На фоне лечения восстановилось глотание, улучшилась координация. Пациентка смогла самостоятельно ходить и себя обслуживать. Пациентка передвигается, пользуясь палочкой, она полностью себя обслуживает. Выписана из сосудистого отделения и направлена в поликлинику по месту жительства к неврологу.

Данные лабораторных исследований.

В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 7.2 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

При КТ головного мозга у пациентки не выявлено данных за кровоизлияние, поэтому на основании клинического обследования поставлен диагноз ишемического инсульта. По данным ЭКГ установлена постоянная форма фибрилляции предсердий.

При дуплексном сканировании обнаружен стеноз левой внутренней сонной артерии до 30% диаметра, стеноз правой внутренней сонной артерии до 40% диаметра.

Вопросы:

1. Чувствительные нарушения следует расценивать как?
2. Нарушения координации следует расценивать как?
3. Какой патогенетический тип ишемического инсульта имеет место у данного пациента?

4. Какому синдрому соответствуют неврологические нарушения?
5. Поражением какого отдела мозга вызвано развитие данного неврологического синдрома?

Задача №50.

15-летняя девочка перенесла острую респираторную инфекцию (боль в горле, насморк и кашель), после которой у нее появились общая слабость, головная боль и туман перед глазами. Впервые обратилась к врачу 4 дня назад, был диагностирован синусит, назначена антибиотикотерапия. Пациентка начала принимать антибиотики, но через 2 дня прекратила лечение. Позже появился озноб, светобоязнь, рвота, «туман» перед глазами, боль во всем теле, головная боль, которая началась внезапно и до настоящего времени не ослабевает. Кроме «тумана» перед глазами, другие глазные симптомы отсутствовали. «Туман» остается и тогда, когда больная закрывает любой глаз. Также пациентка отмечает неприятные ощущения при движении глаз и незначительную светочувствительность. Аллергия на лекарственные препараты отсутствует. При осмотре: температура 38,9 С, ригидность затылочных мышц, сонливость.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. План дальнейшего наблюдения.

Задача № 51. У пациентки 13 лет на протяжении 7 дней прогрессирует слабость дыхательных мышц, мышц лица, кистей и ног. В связи с развитием дыхательной недостаточности, потребовавшей интубации и ИВЛ, пациентку перевели в отделение интенсивной терапии. При ЭНМГ выявлено резкое снижение скоростей проведения импульса по периферическим нервам. Данные изменения характерны для демиелинизации.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. План дальнейшего наблюдения

Задача № 52. 13-летний мальчик доставлен по «скорой помощи» с лихорадкой, симптомами патологической сонливости, ригидностью мышц шеи. Несмотря на интенсивную терапию, ребенок умер. Результаты вскрытия позволили диагностировать амёбный менингоэнцефалит.

Вопросы:

1. Какие сведения помогают поставить этот диагноз?
2. Путь попадания инфекции в головной мозг.
3. Методы профилактики.

Задача № 53. У 16-летнего мальчика отмечается спутанность сознания и головная боль. При осмотре выявляется ригидность затылочных мышц. При исследовании спинномозговая жидкость мутная, содержит 2500 нейтрофилов в 1 мкл, белок 0,7 г/л, глюкоза 0,2 г/л.

Вопросы:

1. Определить этиологический фактор менингита:
2. Назначьте лечение.
3. Диспансерное наблюдение.

Задача № 54.

Мальчик 05.05.2021 года рождения. Ребёнок от I беременности, родился в срок с весом 3 кг

260 г., длина тела 51 см. Дебют эпилептических приступов с 4-х месяцев жизни. Приступы сразу приобрели статусное течение: Приступы полиморфные: 1 тип приступов - замирания с отведением взора влево и нистагмом, т.е. приступы с потерей активности; 2 тип приступов - фокальные приступы по гемитипу, чаще правосторонние, судороги клонические, перемежающего характера, сопровождающиеся вегетативными нарушениями и рвотой; 3 тип приступов - генерализованные приступы.

Несмотря на то, что приступы были частые, до 1 года ребёнок развивался в соответствии с календарным возрастом, после года стал отставать и самостоятельно пошёл только в 1 год и 10 месяцев.

При осмотре установлено: микроцефалия - окружность головы 42 см. Походка самостоятельная, но с выраженной атаксией, правосторонний спастический гемипарез, атрофия мышц и мышечная слабость в дистальных отделах рук и ног. Сухожильная арефлексия. Нарушения взора по типу окуломоторной апраксии. Задержка речевого развития - говорит только отдельные слова, да и только повторяет их за взрослыми, выполняет простейшие игровые действия и слабо использует функциональное предназначение предметов.

MPT- атрофия мозжечка и субатрофия коры полушарий большого мозга.

На момент исследования ребёнка приступов не наблюдается, так как находится под медикаментозным контролем. Получает Топирамат 100 мг/день.

При молекулярно-генетическом исследовании выявлен вариант гена PNKP в гомозиготном состоянии, унаследованный от обоих родителей, являющихся гетерозиготными носителями мутантного гена и состоявших в кровнородственном браке - проведено трио по Сенгеру.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз:
2. Назначьте лечение.

Задача № 55.

Мальчик 8 лет до манифестации первых признаков болезни был совершенно здоров. 1,5 года тому назад стал плохо себя чувствовать: быстро утомляться, был раздражительным, нарушился аппетит и появилась тошнота и изредка рвота. Родители обратили внимание что ребёнок в последние полгода похудел на 3 кг, кроме того у него нарушилось зрение и изменился почерк, что и послужило поводом обратиться к врачу.

При обследовании обратили внимание на гиперпигментацию кожных покровов: кожные покровы ребёнка сероватого цвета с тёмной белой линией живота и гиперпигментированной мошонкой.

Биохимические исследования: в крови обнаружили снижение уровня кортизола (< 30 ммоль/л) и повышение концентрации АКТГ (> 57 мг/ мл) а в моче - уменьшение суточного выделения свободного кортизола (в утренней пробе 3 мкг/ дл) и 17- оксикортикостероидов.

При проведении дополнительных методов исследования: На ЭНМГ выявлены изменения, характерные для мотосенсомоторной полиневропатии; падение скорости проведения импульса на $1/3$. При проведении MRT в режиме T2 — гиперинтенсивный сигнал в области мозолистого тела, кортикоспинальных трактов с распространение на теменные и затылочные отделы полушарий большого мозга.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Какие методы диагностики необходимы?
3. Какие методы лечения вы будете применять?

Задача № 56.

Девочка в 9-летнем возрасте перенесла новую короновирусную инфекцию SARS Cov 19, через 6 месяцев после перенесённой острой фазы болезни, стала жаловаться на постоянные ощущения холодных кистей и стоп, для чего одевала шерстяные носки, спустя месяц после вегетативных нарушений, появились неприятные в ногах « как будто ползают мурашки», затем появилось чувство жжения, которое не давало спокойно спать. Также ребёнок испытывал чувство усталости при ходьбе и слабость в руках.

При неврологическом осмотре, через год после перенесённой острой инфекции, выявлены атрофии мышц тенара и гипотенара обеих кистей рук симметрично, невозможность тыльного сгибания стоп, не может опираться на кончики пальцев и на пятки. Атрофия межкостных мышц кистей и стоп. Также выявляются нарушения поверхностной чувствительности по типу носков и перчаток. Атаксия при ходьбе. В позе Ромберга неустойчива.

Кожа в области кистей и стоп, а также голеней, тонкая, сухая.

ЭНМГ определяет снижение скорости проведения по периферическим нервам:

V по моторным волокнам n. tibialis ~ 27,5 м/сек.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача № 57.

Ребенку 2-х месяцев по поводу увеличения окружности головы и срыгиваний проведена КТ головного мозга. Диагностирована гидроцефалия.

Вопрос:

1. Какое заболевание матери в третьем триместре беременности приводит к развитию врожденной гидроцефалии у ребенка?
2. Дальнейшая тактика ведения ребенка.

Задача 58.

У мальчика 15-ти лет с раннего возраста отмечаются умственная отсталость, гиперактивное поведение. Фенотипически: удлиненное лицо, дизотия, макроорхизм.

Вопрос:

1. Укажите наиболее вероятную причину умственной отсталости у пациента?
2. Методы диагностики, позволяющие установить диагноз.

Задача 59.

Девочка 9 месяцев доставлена бригадой СМП с железнодорожного вокзала. При осмотре: безучастна, реакция на раздражители снижена. Инфекционных симптомов, в том числе, лихорадки, нет. Волосы тусклые и ломкие; выражен отек голеностопных суставов. Физическое развитие крайне низкое. На фоне лечения (водно-солевыми и белковыми растворами для коррекции обезвоживания) ребенок стал адекватен, однако спонтанная двигательная активность по-прежнему снижена. Периодически отмечается тремор конечностей.

Вопрос.

1. Поставьте диагноз. Какие причины могут вызывать данное состояние?
2. Назначьте лечение.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов к первому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические

положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1.	Неврология [Электронный ресурс]: нац. рук. / [Авакян Г. Н. и др.]; гл. ред. Е. И. Гусев [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436202.html
2.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы [Текст]: крат. рук. / А. В.Триумфов. - 19-е изд. - Москва: МЕДпресс-информ, 2015. - 261 с.	10
3.	Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы: учебное пособие [Электронный ресурс]:/ под ред. Л. В. Стаховской. - 3-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-6224-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462249.html
4.	Частная неврология [Текст]: учебное пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -767 с.	7
5.	Практическая неврология [Электронный ресурс]: руководство /под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3890-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438909.html
6.	Неврология и нейрохирургия [Текст]: [учеб. для высш. проф. образования]: в 2 т./ Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – 4-е изд., доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. Т. 1: Неврология. – 2015. – 639с. : ил.	10
7.	Неврология и нейрохирургия [Текст]: [учеб. для высш. проф. образования]: в 2 т./ Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – 4-е изд., доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа,	10

	2015. Т. 2: Нейрохирургия / под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. – 2015. – 403 с. : ил.	
8.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для мед. вузов]: в 2 т. Т. 1. Неврология / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 640 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447079.html
9.	Неврология и нейрохирургия. [Электронный ресурс]: Т. 2. Нейрохирургия : учебник : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова ; под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. - 5-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-7065-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470657.html
10.	Неврология [Электронный ресурс]: пер. с англ. / Д. Перлман ; под ред. Р. Полина. – Москва: Логосфера, 2015. – 392 с. – (Проблемы и противоречия в неонатологии). - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/nevrologiya-problemy-i-protivorechiya-v-neonatologii-75504/
11.	Нейронауки [Электронный ресурс]: курс лекций по невропатологии, нейропсихологии, психопатологии, сексологии / Н. Н. Николаенко. – Ростов-н/Д : Феникс, 2013. – 286 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222210130.html
12.	Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии [Текст]: пер. с англ. / С. А. Цементис ; под ред. Е. И. Гусева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 378 с.: ил. - Пер. изд.: Differential diagnosis in neurology and neurosurgery / Sotirios A. Tsementzis.	7
13.	Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии [Электронный ресурс] / А. И. Нельсон. – 4-е изд. (эл). – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 371 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001018445.html
14.	Функциональная анатомия нервной системы [Электронный ресурс]: учеб. пособие для мед. вузов / И. В. Гайворонский, А. И. Гайворонский, Г. И. Ничипорук. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ https://e.lanbook.com/book/103_953
15.	Детская неврология [Электронный ресурс] / Л. О. Бадалян. – 7-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2021. – 608 с. Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/detskaya-nevrologiya-12087501/
16.	Детская неврология [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 1 / А. С. Петрухин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 272 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446942.html
17.	Детская неврология [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 2 / А. С. Петрухин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 560 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446959.html
18.	Детская неврология и нейрохирургия. Т. 1. [Электронный ресурс]: учебник: в 2 т. / А. С. Петрухин, М. Ю. Бобылова [и др.]. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. — 400 с. — ISBN 978-5-9704-6253-9, DOI: 10.33029/9704-6253-9-PNN-2023-1-400. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" :	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462539.html

19.	Детская неврология и нейрохирургия. Т. 2. [Электронный ресурс]: учебник: в 2 т. / А. С Петрухин, М. Ю. Бобылова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. — 608 с. — ISBN 978-5-9704-6254-6, DOI: 10.33029/9704-6254-6-PNN-2023-1-608. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" :	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462546.html
20.	Детская неврология [Текст]: учебное пособие для вузов / Л. О. Бадалян. - 3-е изд.- Москва : МЕДпресс-информ, 2010. - 605 с.	11
21.	Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии: руководство для врачей [Электронный ресурс]/ А. А. Скоромец. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5896-9. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL :	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458969.html
22.	Принципы диагностики и лечения эпилепсии в педиатрической практике [Текст]: учебно-методическое пособие для нац. проекта "Здоровье" / А. С. Петрухин, К. Ю. Мухин, Л. Ю. Глухова; Российский государственный медицинский университет, Кафедра неврологии и нейрохирургии педиатрического факультета. - Москва: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009. - 43 с.	5
23.	Неврология новорожденных [Электронный ресурс]/ А. Ю. Ратнер. - 11-е изд. - Москва: Лаборатория знаний, 2024. - 371 с. Систем. требования: Adobe Reader XI; экран 10". - Загл. с титул. экрана. - ISBN 978-5-93208-775-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785932087756.html
24.	Детский церебральный паралич: современные технологии в комплексной диагностике и реабилитации когнитивных расстройств [Текст] / Немкова С. А. - Москва: МЕДПРАКТИКА-М, 2013. - 438 с.	6
25.	Анатомия и топография нервной системы [Электронный ресурс] : учеб. пособие /М. Р. Сапин, Д. Б. Никитюк, С. В. Ключкова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа. 2016. — 192 с. — Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435045.html
26.	Медицинская реабилитация [Электронный ресурс] / А. В. Елифанов, Е. Е. Ачкасов, В. А. Елифанов. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.— 736 с. — Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448434.html