Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра неврологии с курсом нейрохирургии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«07» июня 20 24 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.42 Неврология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 05687382003EB1699F49FBE8DCDE050624
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 25.03.2024 до 25.03.2025

Москва, 2024

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 103 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-невролог».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология составляет 3 зачетные единицы, из них: 2 зачетные единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.42 Неврология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-невролог».

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

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 достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями**:

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
Педагогическая деятельность	**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
ОТФ А Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной	**ПК-1.** Способен к проведению обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
системы с целью постановки диагноза **ТФ А/01.8**	постановки диагноза
ОТФ А Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности **ТФ А/02.8**	**ПК-2.** Способен к назначению лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контролю его эффективности и безопасности
ОТФ А Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность **ТФ А/03.8**	**ПК-3.** Способен к проведению и контролю эффективности медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, оценке способности пациента осуществлять трудовую деятельность
ОТФ А Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний нервной системы и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения **ТФ А/04.8**	**ПК-4.** Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний нервной системы и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОТФ А Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы **ТФ А/05.8**	**ПК-5.** Способен к оказанию паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
ОТФ А Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы **ТФ А/06.8**	**ПК-6.** Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
ОТФ А Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала **ТФ А/07.8**	**ПК-7.** Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОТФ А Оказание медицинской помощи в экстренной форме **ТФ А/08.8**	**ПК-8.** Способен к оказанию медицинской помощи в экстренной форме

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности

выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант ответа.

1. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы:

1) верхней прямой;
2) наружной прямой;
3) нижней прямой;
4) нижней косой;
5) верхней косой.

2. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T_{10} дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:

1) T_6 или T_7;
2) T_8 или T_9;
3) T_9 или T_{10};
4) T_{10} или T_{11};
5) T_{11} или T_{12}.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

– контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

– контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

– ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.42 Неврология.

Примеры контрольных вопросов:

1. Обонятельный нерв. Анатомия, симптомы поражения. Методика исследования.
2. Зрительный нерв. Анатомия, симптомы поражения. Методика исследования.

Примеры контрольных заданий:

1. Сбор жалоб и анамнеза, внешний осмотр и составление программы клинического обследования больного.

2.Составление родословных с использованием клинико-генеалогического метода исследования.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Женщина, 42 года, предъявляет жалобы на шум и снижение слуха на левое ухо, непостоянную головную боль, головокружение, неустойчивость при ходьбе.

Больна около 1,5 лет, сначала появился шум в левом ухе, затем снижение слуха на

левое ухо, головокружение, головная боль.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, фотореакция сохранена, снижен корнеальный рефлекс слева, горизонтальный нистагм с ротаторным компонентом, парез лицевого нерва слева, анизорефлексия D>S, патологических стопных знаков нет, дисметрия при выполнении пальце-носовой пробы слева.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Ситуационная задача № 2.

Мужчина, 42 года, бизнесмен, доставлен в неврологическое отделение «скорой помощью» в связи с быстрым развитием слабости нижних конечностей.

Считает себя больным около недели, когда появились резкая боль в животе, тошнота, многократная рвота, субфебрильная температура, по поводу которых был госпитализирован. Проводилась дезинтоксикационная терапия. Хирургическая патология брюшной полости была отвергнута, в течение следующих 2 суток состояние значительно улучшилось, в связи с чем был выписан домой. Однако спустя 5 дней появились болезненные спазмы мышц, слабость в нижних конечностях, которые быстро нарастали. Повторно госпитализирован.

Результат осмотра. Умеренная артериальная гипертензия, тахикардия. Черепная иннервации сохранна. Отмечены снижение силы в дистальном отделе ног до 3 баллов, в проксимальном отделе ног – до 2 баллов, в дистальном отделе рук – до 4 баллов, в проксимальном отделе рук – до 3 баллов. Ахилловы рефлексы не вызываются, коленные рефлексы снижены, рефлексы с рук сохранны. Гиперестезия дистальных отделов рук и ног. Тазовые функции сохранны.

От люмбальной пункции отказался.

При лабораторном исследовании отмечается двукратное повышение уровня трансаминаз (АсТ и АлТ) и гипокалиемия.

На фоне проведения курса плазмафереза состояние продолжало ухудшаться: нарос тетрапарез, отмечено выпадение волос.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Организации.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:
– от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
– от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
– от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
– менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Гусев Е.И. Неврология / под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В. И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 432 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-4983-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449837.html

2. Гусев Е.И. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 424 с. – ISBN 978-5-9704-3332-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433324.html

3. Котов С.В. Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы / Котов С.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 672 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-2849-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428498.html

4. Гусев Е.И. Неврологические симптомы, синдромы и болезни: энциклопедический справочник / Е.И. Гусев, А.С. Никифоров, П. Р. Камчатнов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1040 с. – ISBN 978-5-9704-3089-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430897.html

5. Федин А.И. Амбулаторная неврология. Избранные лекции для врачей первичного звена здравоохранения / Федин А. И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-5159-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451595.html

6. Стаховская Л.В. Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы / Л.В. Стаховской – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 272 с. – ISBN 978-5-9704-4259-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442593.html

7. Санадзе А.Г. Клиническая электромиография для практических неврологов / Санадзе А.Г., Касаткина Л. Ф. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 80 с. – ISBN 978-5-9704-5829-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458297.html

8. Кротенкова М.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике и дифференциальной диагностике рассеянного склероза: руководство для врачей / Кротенкова М.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-5706-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457061.html

9. Труфанов Г.Е. МРТ. Позвоночник и спинной мозг: руководство для врачей / под ред. Г.Е. Труфанова, В.А. Фокина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 544 с. (Серия «Практическая магнитно-резонансная томография») – ISBN 978-5-9704-4517-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445174.html

9. Неробкова Л.Н. Клиническая электроэнцефалография.

Фармакоэлектроэнцефалография / Неробкова Л.Н., Авакян Г.Г., Воронина Т.А., Авакян Г.Н. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 288 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5371-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453711.html

10. Манвелов Л.С. Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга / под ред. Манвелова Л.С., Кадыкова А С. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 336 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5090-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450901.html

11. Кадыков А.С. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия / А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шахпаронова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 288 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-4251-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442517.html

12. Хасанова Д.Р. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации / под ред. Д.Р. Хасановой, В.И. Данилова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 352 с. – 352 с. – ISBN 978-5-9704-5245-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452455.html

13. Гусев Е.И. Спастичность: клиника, диагностика и комплексная реабилитация с применением ботулинотерапии / Гусев Е.И., Бойко А.Н., Костенко Е.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 288 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5337-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453377.html

14. Гусев Е. И. Эпилепсия и ее лечение / Гусев Е. И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-3868-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438688.html

15. Санадзе А.Г. Миастения и миастенические синдромы / Санадзе А.Г. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 256 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5170-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451700.html

16. Завалишин И.А. Хронические нейроинфекции / под ред. И.А. Завалишина, Н.Н. Спирина, А.Н. Бойко, С.С. Никитина. – 2-е изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с.: ил. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»). – ISBN 978-5-9704-4807-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448076.html

17. Скоромец А.А. Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии / А.А. Скоромец. – 4-е изд., доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 400 с.: ил. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»). – ISBN 978-5-9704-5223-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452233.html

18. Парфенов В.А. Хроническая боль и ее лечение в неврологии / Парфенов В.А., Головачева В.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 288 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-4536-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445365.html

19. Авакян Г.Н. Рациональная фармакотерапия в неврологии / Г.Н. Авакян, А.Б. Гехт, А.С. Никифоров; под общ. ред. Е.И. Гусева – Москва: Литтерра, 2018. – 752 с. (Серия «Рациональная фармакотерапия») – ISBN 978-5-4235-0292-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502928.html

20. Епифанов В.А. Реабилитация в неврологии / Епифанов В.А., Епифанов А.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 416 с. (Библиотека врача-специалиста) – ISBN 978-5-9704-3442-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434420.html

Дополнительная литература:

1. Гусев Е.И. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред.

Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 688 с. – ISBN 978-5-9704-4405-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444054.html

2. Кадыков А.С. Практическая неврология / 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 // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438909.html

3. Табеева Г.Р. Головная боль / Табеева Г.Р. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 296 с. – ISBN 978-5-9704-5864-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458648.html

4. Калинин Р.Е. Влияние вертеброгенной компрессии позвоночной артерии на гемодинамические параметры сосудов головы и шеи / Р.Е. Калинин [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 168 с. – ISBN 978-5-9704-3533-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435335.html

5. Богородинский Д.К. Краниовертебральная патология / Под ред. Д.К. Богородинского, А.А. Скоромца – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 288 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-0821-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970408216.html

6. Извозчиков С. Б. Туннельные пудендоневропатии: руководство / С. Б. Извозчиков. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 64 с. – ISBN 978-5-9704-5384-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453841.html

7. Рачин А.П. Миофасциальный болевой синдром: руководство / Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 120 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-3654-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436547.html

8. Мелехин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна / Мелёхин А.И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-5505-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455050.html

9. Завалишин И.А. Боковой амиотрофический склероз / Под ред. И.А. Завалишина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-1257-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412572.html

10. Михайлова С.В. Болезнь Ниманна-Пика тип С / Михайлова С.В., Захарова Е.Ю. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 48 с. – ISBN 978-5-9704-2996-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429969.html

11. Бойко А.Н. Немедикаментозные методы лечения и образ жизни при рассеянном склерозе / А.Н. Бойко, М.Е. Гусева, С.А. Сиверцева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 240 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-3987-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439876.html

12. Зорин Р.А. Системная организация физиологических функций у здоровых людей и больных эпилепсией и прогнозирование эффективности деятельности / Зорин Р.А., Лапкин М.М., Жаднов В.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 232 с. – ISBN 978-5-9704-4828-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448281.html

13. Котенко К.В. Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы / К.В. Котенко – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 656 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-3749-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437490.html

14. Шапкин В.И. Рефлексотерапия / В.И. Шапкин – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. – ISBN 978-5-9704-3466-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434666.html

15. Гусев Е.И. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 688 с. – ISBN 978-5-9704-4405-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444054.html

16. Кадыков А.С. Практическая неврология / 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 // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438909.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.42 Неврология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Неврология /40	**1. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы** 1) верхней прямой 2) наружной прямой 3) нижней прямой 4) нижней косой 5) верхней косой **2. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T_{10} дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента** 1) T_6 или T_7 2) T_8 или T_9 3) T_9 или T_{10} 4) T_{10} или T_{11} 5) T_{11} или T_{12} **3. Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии** 1) латерально 2) медиально 3) вентрально 4) дорсально 5) вентролатерально **4. В состав моста ствола мозга входят** 1) красные ядра 2) ядра блокового нерва 3) ядра глазодвигательного нерва 4) ядра отводящего нерва 5) ядра подъязычных нервов **5. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении** 1) теменной доли 2) височной доли 3) лобной доли 4) затылочной доли 5) гипоталамуса **6. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов** 1) C_6-C_7

		2) C_7-C_8 3) C_8-T2 4) T_1-T_3 5) T_3 -T_4 **7. Исследование плазмы больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет** 1) повышение уровня церулоплазмина и гипокупремию; 2) понижение уровня церулоплазмина и гиперкупремию 3) повышение уровня церулоплазмина и гиперкупремию 4) понижение уровня церулоплазмина и гипокупремию 5) нормальный уровень церулоплазмина и гипокупремию **8. Офтальмоскопический синдром Фостера – Кеннеди характеризуется наличием признаков** 1) атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной очагу стороне 2) застойных дисков с двух сторон 3) атрофии дисков зрительных нервов с двух сторон 4) застойного диска в сочетании с атрофией на стороне очага поражения 5) только атрофией диска на стороне поражения **9. Для лечения гиперкинетической формы болезни Гентингтона применяют** 1) дофасодержащие препараты 2) нейролептики 3) холинолитики 4) агонисты дофамина 5) амантадины **10. МРТ-симптом «колибри» характерен для** 1) гепатолентикулярной дегенерации 2) болезни Галлервордена-Шпатца 3) болезни Гентингтона 4) болезни Фара 5) надъядерного паралича **11. Синкопальный вертебральный (позвоночный) синдром (Унтерхарншайдта) характеризуется** 1) внезапным падением больного при резкой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное с падением артериального давления 2) внезапной потерей сознания и мышечного тонуса, связанной с движением головы и шеи 3) внезапным приступом кохлеовестибулярных, координаторных и зрительных расстройств, связанным с поворотом головы и шеи 4) пароксизмом кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуломозжечковых нарушений с последующей потерей сознания 5) сочетание кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуломозжечковых нарушений с пульсирующей, жгучей односторонней головной болью **12. При менингитах, вызванных вирусами Коксаки и**

		ЕСНО наблюдается 1) подострое начало без лихорадки 2) полимиалгия 3) нейтрофильный плеоцитоз 4) тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы 5) верно все перечисленное **13. Для лечения менингита, вызванного палочкой Фридлендера следует выбрать** 1) цефалексин 2) клиндамицин 3) эритромицин 4) цефтриаксон 5) линкомицин **14. К подострому склерозирующему панэнцефалиту как единой болезни относят** 1) лейкоэнцефалит Шильдера, энцефалит с включениями Даусона 2) подострый лейкоэнцефалит Ван-Богарта, лейкоэнцефалит Шильдера 3) узелковый панэнцефалит Петте – Деринга, лейкоэнцефалит Шильдера, энцефалит с включениями Даусона 4) энцефалит с включениями Даусона, узелковый панэнцефалит Петте – Деринга, подострый лейкоэнцефалит Ван-Богарта 5) лейкоэнцефалит Шильдера **15. Одним из первых неврологических симптомов ботулизма является** 1) парез аккомодации 2) псевдобульбарный синдром 3) поражение XII нерва 4) гиперсаливация 5) дыхательные расстройства **16. Для сифилитического поражения слуховых нервов характерно** 1) снижение костной проводимости при сохранении воздушной 2) снижение воздушной проводимости при сохранении костной 3) снижение костной и воздушной проводимости 4) сохранение костной и воздушной проводимости 5) повышение костной и снижение воздушной проводимости **17. Термином «табетические кризы» у больных спинной сухоткой обозначают** 1) пароксизмы тахикардии 2) колебания артериального давления 3) пароксизмы болей рвущего характера 4) эпизоды профузной потливости и общей слабости 5) пароксизмы диффузного повышения мышечного тонуса **18. Псевдобульбарный синдром развивается при**

		сочетанном поражении 1) пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария 2) пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария 3) пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария 4) пирамидных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария 5) пирамидных путей доминантного и недоминантного полушарий **19. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется только в** 1) коре больших полушарий, коре мозжечка 2) подкорковых узлах, стволе мозга 3) подкорковых узлах, коре мозжечка 4) подкорковых узлах, коре больших полушарий и мозжечка 5) белом веществе головного мозга **20. Периферическая вегетативная недостаточность наблюдается при следующих вариантах диабетических полиневропатий** 1) проксимальной симметричной полиневропатии 2) проксимальной асимметричной полиневропатии 3) дистальной полиневропатии 4) множественной мононевропатии 5) при всех вариантах **21. Ведущим вазомоторным фактором алгической стадии приступа мигрени считается** 1) спазм артерий вертебробазилярной системы 2) спазм артерий в системе наружной сонной артерии 3) спазм артерий в системе внутренней сонной артерии 4) дилатация ветвей внутренней сонной артерии 5) дилатация ветвей наружной сонной артерии **22. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется** 1) длительным коматозным состоянием с момента травмы 2) развитием комы после «светлого» периода 3) отсутствием потери сознания 4) кратковременной потерей сознания 5) кратковременной потерей сознания с ретроградной амнезией **23. Поражение нервной системы при узелковом периартериите чаще проявляется** 1) множественными мононевропатиями 2) миелопатией 3) субарахноидальными кровоизлияниями 4) паренхиматозными кровоизлияниями 5) всем перечисленным **24. Синдром нормотензивной гидроцефалии (Хакима - Адамса) проявляется триадой симптомов** 1) головная боль, снижение памяти,

		дезориентированность 2) головная боль, снижение зрения, атаксия 3) нарушение походки, недержание мочи, деменция 4) головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия 5) поражение черепных нервов, головная боль, лобная атаксия **25. При сахарном диабете наиболее часто развивается невропатия следующих черепных нервов** 1) III, IV, VI, VII 2) VII, XI, XII 3) X, XI, XII 4) IX, X 5) IX, XII **26. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании** 1) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной 2) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага 3) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности – на противоположной 4) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага 5) с полиневритическими расстройствами чувствительности **27. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается** 1) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу 2) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами 3) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи 4) спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов 5) нарушением глубокой чувствительности проксимальных отделов ног и задержкой мочи **28. Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов** 1) языкоглоточного, блуждающего, добавочного 2) блуждающего, добавочного, подъязычного 3) добавочного, языкоглоточного, подъязычного 4) блуждающего, лицевого, тройничного 5) блуждающего, глазодвигательного, отводящего **29. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже** 1) ливедо 2) телеангиэктазий

		3) «кофейных» пятен 4) витилиго 5) розеолезной сыпи **30. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба** 1) Ашнера (глазосердечный рефлекс) 2) клиностатическая 3) ортостатическая 4) шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс) 5) все указанные пробы **31. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс** 1) Бабинского 2) Оппенгейма 3) Россолимо 4) Гордона 5) Чеддока **32. При лечении нейролептиками с сильным антипсихотическим действием часто развиваются:** 1) мозжечковые расстройства 2) экстрапирамидные расстройства 3) вестибулярные расстройства 4) координаторные расстройства 5) слуховые и зрительные галлюцинации **33. Волокна глубокой чувствительности для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии** 1) латерально 2) медиально 3) вентрально 4) дорсально 5) вентромедиально **34. МРТ-симптом «большая панда» характерен для** 1) гепатолентикуляреой дегенерации 2) мультисистемной атрофии 3) болезни Гентингтона 4) болезни Фара 5) болезни Штрюмпеля **35. Для дифтерийной полиневропатии характерно наличие** 1) нижнего спастического парапареза 2) мозжечковой атаксии 3) диссоциированных расстройств чувствительности 4) расстройств глубокой чувствительности 5) псевдобульбарного синдрома **36. При классической невралгии тройничного нерва наблюдается** 1) перманентный болевой синдром 2) гипалгезия на лице в области иннервации II и III ветвей V нерва 3) курковые зоны на лице

		4) психомоторное возбуждение во время приступа 5) отек лица **37. На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра** 1) нежное и клиновидное 2) спинно-мозгового пути тройничного нерва 3) подъязычных нервов 4) лицевого, отводящего нервов **38. Платибазией называется краниовертебральная аномалия, при которой имеется** 1) уплощение ската затылочной кости 2) воронкообразное вдавление в область затылочного отверстия 3) сращение I шейного позвонка с затылочной костью 4) смещение вниз миндалин мозжечка 5) сращение шейных позвонков **39. Для невралгии ушно-височного нерва характерны** 1) наличие курковых зон в области виска 2) гиперемия околоушной области 3) слезотечение 4) ангидроз околоушной области 5) отсутствие приступа во время еды **40. МРТ-симптом «глаза тигра» характерен для** 1) гепатолентикулярной дегенерации 2) болезни Галлервордена-Шпатца 3) Болезни Гентингтона 4) Болезни Фара 5) Надъядерного паралича
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является** а) медиана б) вариация в) показатель г) модуль **2. Инвалидом признается лицо, имеющее ____ нарушение здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость ___** а) обратимое; его санаторно-курортного лечения б) незначительное; его стационарного лечения в) временное; выдачи ему листка нетрудоспособности г) стойкое; его социальной защиты **3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает** а) порядки оказания медицинской помощи б) объемы соответствующих видов медицинской помощи в) стандарты медицинской помощи г) протоколы ведения пациентов **4. Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует** а) выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи

		б) повышению укомплектованности медицинскими кадрами в) реорганизации медицинских организаций г) увеличению расходов финансовых средств **5. В основе организации оказания первичной медико-санитарной помощи лежит ____ принцип** а) гендерно-возрастной б) этапный в) индивидуальный г) территориально-участковый
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Медицина	**1. Задачи РСЧС**

	чрезвычайных ситуаций /5	1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка 4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных 7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим

		медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления б) контроль исполнения решения
5.	Медицинские информационные технологии /5	**1. Комплекс методологических, программных, технических, информационных и организационных средств, поддерживающих процессы функционирования информатизируемой организации, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **2. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **3. Свойство информации отвечать запросам потребителей** а) ценность б) релевантность в) доступность г) эргономичность **4. Медицинская информация это** а) любая информация о человеке б) информация о социальном статусе человека в) информация, относящаяся к человеку как пациенту г) совокупность средств лечения **5. Автоматизированные медицинские информационные системы постоянного интенсивного наблюдения относятся к классу** а) ресурсных информационных медицинских систем б) технологических информационных медицинских систем в) статистико-аналитических информационных медицинских систем г) образовательных информационных медицинских систем
6.	Экстрапирамидные расстройства /18	**1. Недостаток медиатора, являющегося приоритетным при болезни Паркинсона** 1) серотонина 2) ацетилхолина 3) дофамина 4) норадреналина 5) глутамата **2. Триада симптомов паркинсонизма** 1) нистагм, интенционный тремор, скандированная речь 2) гипокинезия, падения, тазовые расстройства 3) гипокинезия, деменция, галлюцинации

		4) тремор, ригидность, гипокинезия 5) деменция, депрессия, тремор **3. Облигатный двигательный симптом болезни Паркинсона** 1) мышечная ригидность 2) тремор покоя 3) гипокинезия 4) постуральная неустойчивость 5) паралич **4. Этиология болезни Паркинсона** 1) наследственная 2) инфекционная 3) психогенная 4) токсическая 5) мультифакторная **5. Этиология паркинсоновского синдрома** 1) токсическая 2) травматическая 3) инфекционная 4) сосудистая 5) все перечисленное **6. Дифференциальный диагноз болезни паркинсона следует проводить с** 1) мультисистемной атрофией 2) рассеянным склерозом 3) боковым амиотрофическим склерозом 4) болезнью Альцгеймера 5) сосудистой деменцией **7. При обследовании больного с болезнью Паркинсона приоритет отводится** 1) нейровизуализационным методам исследования 2) нейрофизиологическим методам исследования 3) неврологическому осмотру 4) лабораторным методам исследования 5) данным спинномозговой пункции **8. К противопаркинсоновским препаратам относится** 1) карбамазепин 2) наком 3) преднизолон 4) анаприлин 5) интерферон **9. Отличие сосудистого паркинсонизма от болезни паркинсона характеризуется следующими признаками** 1) артериальная гипертензия 2) пожилой возраст 3) асимметричное начало заболевания 4) лакунарные инфаркты в обоих полушариях 5) все перечисленное **10. Облигатный симптом дистонии** 1) возникновение или усиление при произвольных движениях

		2) дистоническая поза 3) тремор 4) откликаемость на препараты леводопы 5) снижение мышечной силы **11. Для эссенциального тремора характерно** 1) тремор покоя 2) интенционный или постуральный тремор 3) постуральная неустойчивость 4) симптом «зубчатого колеса» 5) гипокинезия **12. Облигатный симптом болезни Гентингтона** 1) тонический гиперкинез 2) клонический гиперкинез 3) олигобрадикинезия 4) тремор покоя 5) парез или паралич **13. Препарат выбора в лечении эссенциального тремора** 1) леводопа 2) вальпроевая кислота 3) клоназепам 4) ламотриджин 5) дифенин **14. Препарат выбора в лечении болезни Гентингтона** 1) клоназепам 2) галоперидол 3) леводопа 4) тетрабеназин 5) фенобарбитал **15. Главный облигатный признак прогрессирующего надъядерного паралича** 1) гипокинезия 2) тремор покоя 3) мышечная ригидность 4) парез вертикального взора 5) квадрипарез центрального характера **16. Мультисистемная атрофия характеризуется** 1) паркинсонизм плюс деменция 2) паркинсонизм, тазовые и вегетативные расстройства 3) вегетативные, мозжечковые и пирамидные проявления 4) паркинсонизм, мозжечковые и пирамидные проявления 5) пирамидные и экстрапирамидные проявления **17. В дебюте деменции с тельцами Леви наблюдаются** 1) когнитивные нарушения лобного типа 2) когнитивные нарушения теменно-височного типа 3) паркинсонизм 4) тазовые расстройства 5) дисфория **18. Препарат выбора в лечении болезни Вильсона-Коновалова** 1) леводопа

		2) вальпроевая кислота 3) клоназепам 4) пеницилламин 5) дифенин
7.	Нейровизуализация /12	**1. Внутримозговая гематома в первые часы после кровоизлияния, когда в ней содержится только оксигемоглобин, на МРТ выглядит следующим образом:** 1) гиперинтенсивна на Т1 и изоинтенсивна серому веществу на Т2 ВИ 2) изоинтенсивна серому веществу на Т1 ВИ и гиперинтенсивна на Т2 3) гипоинтенсивна на Т1 ВИ и Т2 ВИ 4) гиперинтенсивна на Т2 ВИ и на Т1 ВИ 5) не виуализируется на МРТ в первые часы кровоизлияния **2. МРТ-симптом «большая панда» характерен для:** 1) мультисистемной атрофии 2) гепатолентикулярной дегенерации 3) болезни Гентингтона 4) болезни Фара 5) надъядерного паралича **3. Какой из методов лучевой диагностики позволяет судить о функциональном состоянии и метаболизме веществ в головном мозге:** 1) рентгенологическое исследование 2) КТ 3) КТ-ангиография 4) МРТ 5) ОФЭКТ **4. Наиболее выраженная атрофия коры какой области головного мозга выявляется при болезни Альцгеймера по данным МРТ:** 1) лобной 2) теменной 3) затылочной 4) височной 5) всех областей головного мозга в равной степени **5) Компьютерная томография позволяет выявить зону ишемического инсульта:** 1) в виде гиподенсивной зоны через 6 часов от развития заболевания 2) в виде гиперденсивной зоны через 6 часов от развития заболевания 3) в виде гиподенсивной зоны через 3 часа от развития заболевания 4) в виде гиперденсивной зоны через 3 часа от развития заболевания 5) в виде гиподенсивной зоны с момента развития зпболевания **6. Какая локализация очагов демиелинизации по данным МРТ не характерна для рассеянного**

		склероза: 1) кортикальная 2) юкстакортикальная 3) перивентрикулярная 4) инфратенториальная 5) спинномозговая **7. Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является:** 1) наличие кардиостимулятора 2) бессознательное состояние больного 3) состояние после лучевой терапии, осложненное лейкопенией 4) ранний послеоперационный период 5) психомоторное возбуждение **8. Расчет индекса Эванса и угла мозолистого тела по МРТ используется для диагностики:** 1) отека головного мозга 2) нормотензивной гидроцефалии 3) диффузного аксонального повреждения 4) дислокационного синдрома 5) атрофической гидроцефалии **9) МРТ (режим FLAIR) выявляет очаг ишемического инсульта в следующие часы после дебюта:** 1) через 1 ч 2) через 3 ч 3) через 6 ч 4) к концу первых суток 5) к концу 1-ой недели **10. МРТ-симптом «колибри» характерен для:** 1) гепатолентикулярной дегенерации 2) болезни Галлервордена-Шпатца 3) болезни Гентингтона 4) болезни Фара 5) надъядерного паралича **11. Церебральные микрокровоизлияния выявляются с помощью МРТ головного мозга в режиме:** 1) Т1 ВИ 2) Т2 ВИ 3) FLAIR 4) Т2*-GRE 5) DWI **12. Неконтрастируемые гипоинтенсивные очаги на Т1-ВИ при МРТ («чёрные дыры») представляют собой:** 1) хронические очаги выраженного демиелинизирующего поражения 2) хронические очаги выраженного аксонального поражения 3) церебральные микрокровоизлияния 4) расширенные периваскулярные пространства Вирхова-Робена 5) очаги специфического инфекционного поражения

8.	Когнитивные расстройства и деменции в неврологии /10	**1. Сенсорная апросодия (нарушение восприятия эмоциональной окраски речи) может наблюдаться при поражении** 1) задних отделов височно-теменной области недоминантного полушария 2) передних отделов височной доли доминантного полушария 3) теменно-затылочной области доминантного полушария 4) лобно-височной области недоминантного полушария **2. Больной со зрительной агнозией** 1) плохо видит окружающие предметы, но узнает их 2) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной 3) не видит предметы по периферии полей зрения 4) видит предметы, но не узнает их 5) плохо видит окружающие предметы и не узнает их **3. Больной с сенсорной афазией** 1) не может говорить и не понимает обращенную речь 2) понимает обращенную речь, но не может говорить 3) может говорить, но забывает названия предметов 4) не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь 5) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную **4. При лечении нейролептиками с сильным антипсихотическим действием часто развиваются** 1) мозжечковые расстройства 2) экстрапирамидные расстройства 3) вестибулярные расстройства 4) координаторные расстройства 5) слуховые и зрительные галлюцинации **5. При наличии выраженных когнитивных нарушений у больного с болезнью Паркинсона не рекомендуется применение** 1) агонистов дофаминовых рецепторов 2) препаратов леводопы 3) вазоактивных средств 4) антиоксидантов **6. Для выявления амнестической афазии следует** 1) проверить устный счет 2) предложить больному назвать окружающие предметы 3) предложить больному прочитать текст 4) убедиться в понимании больным обращенной речи **7. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному** 1) поднять руку 2) коснуться правой рукой левого уха 3) сложить заданную фигуру из спичек 4) выполнить различные движения по подражанию **8. К дофасодержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относится** 1) мидантан, виригит

		2) наком, мадопар 3) парлодел, лизурид 4) юмекс, депренил 5) все перечисленное **9. Характерным симптомом болезни Альцгеймера считают** 1) апатию 2) афонию 3) апраксию 4) анестезию 5) амбиивалентность **10. Для лечения болезни Альцгеймера используют ингибиторы** 1) моноаминоксидазы 2) карбангидразы 3) альдегидегидрогеназы 4) холинэстеразы 5) трансаминазы

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Обонятельный нерв. Анатомия, симптомы поражения. Методика исследования.
2. Зрительный нерв. Анатомия, симптомы поражения. Методика исследования.
3. III, IV, VI пары ЧМН. Анатомия, симптомы поражения.
4. Содружественные движения глазных яблок.
5. Тройничный нерв. Анатомия, симптомы поражения. Методика исследования.
6. Лицевой нерв. Анатомия, симптомы поражения. Методика исследования.
7. Преддверно-улитковый нерв. Анатомия, симптомы поражения. Методика исследования. Нистагм, виды нистагма.
8. Языкоглоточный нерв, блуждающий нервы. Анатомия, симптомы поражения. Методика исследования.
9. Подъязычный нерв. Анатомия, симптомы поражения. Методика исследования.
10. Бульбарный и псевдобульбарный параличи. Клиника.
11. Чувствительность. Рецепторы. Классификация видов чувствительности. Методики оценки.
12. Проводники болевой и температурной чувствительности. Варианты распределения расстройств чувствительности. Методика исследования.
13. Проводники глубокой чувствительности. Варианты распределения расстройств чувствительности. Методика исследования.
14. Пирамидная система. Симптомы поражения пирамидной системы на разных уровнях.
15. Система координации. Проводящие пути. Синдромы поражения.
16. Спинной мозг. Шейное утолщение. Анатомия, симптомы поражения.
17. Спинной мозг. Каудальные отделы. Анатомия, симптомы поражения.
18. Синдромы поперечного поражения спинного мозга.
19. Синдромы поражения эпиконуса, конуса и конского хвоста.
20. Кровоснабжение спинного мозга. Синдромы поражения радикуло-медуллярных артерий.
21. Продолговатый мозг. Анатомия. Альтернирующие синдромы.
22. Продолговатый мозг. Анатомия. Неальтернирующие синдромы поражения.

23. Мост. Анатомия. Альтернирующие синдромы.
24. Мост. Анатомия. Неальтернирующие синдромы.
25. Ромбовидная ямка. Анатомия.
26. Средний мозг. Анатомия. Альтернирующие синдромы.
27. Средний мозг. Анатомия. Неальтернирующие синдромы.
28. Офтальмоплегия. Виды, причины развития, патогенез, дифференциальная диагностика.
29. Стволовые рефлексы в норме и при патологии. Методики исследования.
30. Промежуточный мозг. Таламус. Ядра, проводящие пути. Анатомия, синдромы поражения.
31. Промежуточный мозг. Гипоталамо-гипофизарная система. Ядра, проводящие пути. Анатомия, синдромы поражения.
32. Ретикулярная формация. Анатомия, функции, синдромы поражения.
33. Экстрапирамидная система. Анатомия, физиология. Синдромы поражения.
34. Виды тремора. Классификация, методики исследования, дифференциальная диагностика.
35. Мозжечок. Анатомия, физиология. Синдромы поражения.
36. Головокружение и нарушение равновесия.
37. Мышечный тонус. Системы регуляции. Патологические изменнеия мышечного тонуса.
38. Неврологические причины и типы нарушений ходьбы. Дифференциальная диагностика.
39. Синдромы поражения различных долей головного мозга: лобные и теменные доли.
40. Синдромы поражения различных долей головного мозга: височные и затылочные доли.
41. Речь и ее расстройства.
42. Гнозис и его расстройства.
43. Праксис и его расстройства.
44. Память и ее расстройства.
45. Вегетативная нервная система. Анатомия.
46. Синдромы поражения вегетативной нервной системы. Иннервация мочевого пузыря и расстройства мочеиспускания.
47. Симптомы поражения вегетативной нервной системы. Иннервация зрачка. Патологические зрачковые синдромы.
48. Кровоснабжение головного мозга. Анатомия. Синдромы поражения каротидного бассейна.
49. Кровоснабжение головного мозга. Синдромы поражения вертебро-базилярного бассейна.
50. Вены и синусы головного мозга. Анатомия, синдромы поражения.
51. Оболочки головного и спинного мозга. Анатомия ликворопроводящих путей.
52. Спинномозговые корешки. Анатомия. Синдромы поражения корешков на шейном и грудном уровнях.
53. Спинномозговые корешки. Синдромы поражения корешков на поясничном и крестцовом уровне.
54. Шейное сплетение. Анатомия, синдромы поражения.
55. Плечевое сплетение. Анатомия, синдромы поражения.
56. Поясничное, крестцовое и копчиковое сплетения. Анатомия, синдромы поражения.
57. Лучевой нерв. Анатомия, синдромы поражения.
58. Локтевой нерв. Анатомия, синдромы поражения.
59. Срединный нерв. Анатомия, синдромы поражения.

60. Бедренный и запирательный нервы. Анатомия, синдромы поражения.
61. Седалищный нерв. Анатомия, синдромы поражения.
62. Большеберцовый нерв. Анатомия, синдромы поражения.
63. Малоберцовый нерв. Анатомия, синдромы поражения.
64. Невротические синдромы.
65. Сознание и его расстройства.
66. Неврологический осмотр больного при нарушениях сознания.
67. Регуляция цикла «сон-бодрствование». Синдромы нарушения сна.
68. Нейропсихологические методы обследования в неврологии.
69. Нейровизуализационные методы исследования в неврологии.
70. КТ головного мозга в диагностике инсульта. Шкала ASPECTS.
71. МРТ головного мозга. Режимы МРТ и их применение.
72. Рентгенологические методы исследования в неврологии.
73. Ультразвуковые методы исследования в неврологии.
74. Электрофизиологические методы исследований в неврологии. Зрительные, слуховые, соматосенсорные вызванные потенциалы.
75. Электрофизиологические методы исследований в неврологии. ЭЭГ.
76. Электрофизиологические методы исследований в неврологии. ЭНМГ, ЭМГ.
77. Люмбальная пункция. Изменения в спинномозговой жидкости.
78. Сирингомиелия. Дифференциальная диагностика. Лечение.
79. Невропатия лицевого нерва. Клиника, диагностика. Лечение.
80. Невралгия тройничного нерва. Дифференциальная диагностика. Клиника, диагностика, лечение.
81. Боли в спине. Основные причины развития. Дифференциальная диагностика. Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника. Компрессионные и рефлекторные синдромы.
82. Вертеброгенная цервикалгия, цервикобрахиалгия, торакалгия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Межреберная невралгия.
83. Вертеброгенная люмбалгия, люмбоишалгия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
84. Вертеброгенная радикулоневропатия. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
85. Хроническая боль. Нейропатическая боль. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
86. Спондилогенная шейная миелопатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
87. Плечевая плексопатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
88. Полиневропатии: классификация, этиология, дифференциальная диагностика, диагностика.
89. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (синдром Гийена-Барре). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
90. Хроническая воспалительная демиелинизирующая поллиневропатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
91. Диабетическая полиневропатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
92. Алкогольная полиневропатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
93. Дифтерийная полиневропатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
94. Миастения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
95. Миастенический и холинергический кризы. Причины развития, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

96. Классификация демиелинизирующих заболеваний. Дифференциальная диагностика.

97. Острый рассеянный энцефаломиелит. Оптикомиелит. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

98. Рассеянный склероз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение.

99. Рассеянный склероз. Принципы терапии во время обострения и ремиссии. ПИТРС.

100. Боковой амиотрофический склероз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

101. Фуникулярный миелоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

102. Эпилепсия. Этиология, патогенез, классификация эпилептических приступов.

103. Эпилепсия. Диагностика. Лечение. Основные противосудорожные препараты.

104. Эпилептический статус. Этиология, патогенез. Клиника, тактика ведения пациентов.

105. Туннельные невропатии верхних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

106. Туннельные невропатии нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

107. Головная боль. Этиология, патогенез. Классификация, дифференциальная диагностика.

108. Головная боль напряжения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

109. Мигрень. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

110. Кластерная головная боль. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение.

111. Головокружение. Типы, дифференциальная диагностика, клиника, диагностика, лечение.

112. Синкопальные состояния. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

113. Внутричерепная гипертензия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

114. Дифференциальная диагностика ком. Клиника, принципы терапии.

115. Серозный менингит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

116. Гнойный менингит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

117. Абсцесс головного мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

118. Энцефалиты. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

119. Герпетический энцефалит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

120. Клещевой энцефалит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

121. Опоясывающий герпес. Постгерпетическая невралгия. Клиника, диагностика, лечение.

122. Нейросифилис. Клиника, диагностика. Лечение.

123. Поражение нервной системы при ботулизме. Клиника, диагностика, лечение.

124. Поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции.

125. Поражение нервной системы при порфирии. Клиника, диагностика, лечение.

126. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

127. Печеночная энцефалопатия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

128. Спинальные амиотрофии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
129. Дисциркуляторная энцефалопатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Умеренное когнитивное расстройство.
130. Когнитивные нарушения в неврологической практике. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Умеренное когнитивное расстройство.
131. Деменции. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
132. Болезнь Альцгеймера. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
133. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
134. Мультисистемная атрофия. Этиология, патогенез, клиника. Диагностика, лечение.
135. Прогрессирующий надъядерный паралич. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
136. Кортикобазальный синдром, кортикобазальная дегенерация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
137. Нормотензивная гидроцефалия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
138. Болезнь диффузных телец Леви. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
139. Первично прогрессирующая афазия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
140. Эссенциальный тремор. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Виды тремора, дифференциальная диагностика.
141. Синдром беспокойных ног. Этиология, патогенез, клиника, диагнотика, лечение.
142. Дистонии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
143. Гиперкинезы. Классификация, этиология, патогенез, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
144. Тики. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
145. Синдром Туретта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
146. Болезнь Гентингтона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
147. Гепато-церебральная дегенерация. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
148. Факторы риска инсульта. Классификация острых нарушений мозгового кровообращения.
149. Дифференциальная диагностика различных видов нарушений мозгового кровообращения. Принципы лечения.
150. Ишемический инсульт. Этиология, патогенетические варианты, клиника, диагностика.
151. Принципы терапии ишемического инсульта. Тромболитическая терапия, эндоваскулярная тромбоэкстакция.
152. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
153. Спинальный инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
154. Геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
155. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
156. Базисная и дифференцированная терапия инсульта.
157. Черепно-мозговая травма. Классификация. Принципы диагностики и лечение.
158. Сотрясение головного мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

159. Ушиб головного мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Диффузное аксональное повреждение.

160. Опухоли головного мозга супратенториальной локализации. Дифференциальная диагностика, клиника, диагностика, лечение.

161. Опухоли головного мозга субтенториальной локализации. Дифференциальная диагностика, клиника, диагностика, лечение.

162. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга. Дифференциальная диагностика, клиника, диагностика, лечение.

163. Интрамедуллярные опухоли спинного мозга. Дифференциальная диагностика, клиника, диагностика, лечение.

164. Вегетативные кризы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

165. Неврозы. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

166. Синкопальные состояния. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение.

167. Нарушения сна и бодрствования. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

168. Снотворные средства: бензодиазепины, барбитураты и др. Механизмы действия. Побочные действия, противопоказания, лекарственное взаимодействие, осложнения.

169. Противосудорожные средства. Механизмы действия, показания, побочные эффекты, противопоказания, лекарственное взаимодействие, осложнения.

170. Нестероидные противовоспалительные препараты. Механизмы действия, показания, побочные эффекты, противопоказания, лекарственное взаимодействие, осложнения.

171. Лекарственные препараты для лечения хронической боли. Группы, механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, лекарственное взаимодействие, осложнения.

172. Лекарственные препараты для лечения нейропатической боли. Группы, механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, лекарственное взаимодействие, осложнения.

173. Противопоракинсонические препараты: агонисты дофаминовых рецепторов. Механизмы действия, показания, противопоказания, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

174. Противопаркинсонические препараты: амантадины. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

175. Противопаркинсонические препараты: ингибиторы МАО-Б. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

176. Противопаркинсонические препараты: препараты леводопы. Механизмы действия, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

177. Противопаркинсонические препараты: ингибиторы КОМТ. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

178. Противопаркинсонические препараты: холинолитики. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

179. Противодементые препараты. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

180. Ингибиторы холинэстеразы. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

181. Противомигренозные лекарственные препараты. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

182. Антидепрессант: ингибиторы МАО. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

183. Антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

184. Антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

185. Трициклические антидепрессанты. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

186. Нейролептики. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

187. Гормональные средства в неврологиии. Механизмы действия. Показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения. Пульс-терапия.

188. Иммуноглобулины. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

189. Ботулотоксин типа А. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы введения, побочные эффекты, лекарственное взаимодействие, осложнения.

190. Антикоагулянты. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные действия, лекарственное взаимодействия, осложнения.

191. Антиагреганты. Механизмы действия, показания, противопоказания, принципы назначения, побочные действия, лекарственное взаимодействие, осложнения.

1.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Сбор жалоб и анамнеза, внешний осмотр и составление программы клинического обследования больного.

2. Составление родословных с использованием клинико-генеалогического метода исследования.

3. Методика клинического обследования центральной нервной системы (состояние сознания, менингеальные симптомы, краниальная иннервация, двигательная и чувствительная сферы).

4. Методика клинического обследования периферической нервной системы (состояние соматических мышц, двигательная и чувствительная сферы).

5. Методика клинического обследование вегетативной нервной системы.

6. Методика оценки неврологического статуса у больных с острой сосудистой патологией.

7. Методика оценки вертебро-неврологического статуса.

8. Методика оценки неврологического статуса у больных с вестибулярными и мозжечковыми расстройствами.

9. Методика оценки неврологического статуса у больных с экстрапирамидной патологией.

10. Методика оценки неврологического статуса у больных с заболеваниями периферической нервной системы.

11. Методика оценки неврологического статуса у больных с нервно-мышечными заболеваниями.

12. Методика оценки неврологического статуса у больных с нарушениями сознания в условиях реанимационного отделения.

13. Постановка топического диагноза, формулировка диагноза.

14. Методика оценки показателей периферической крови, данных биохимического исследования крови: оценка основных показателей тромбоэластограммы и коагулограммы; оценка электролитного и кислотно-основного баланса крови; оценка гормонального исследования; оценка иммуно-химического исследования крови).

15. Методика проведения люмбальной пункции.

16. Методика оценки анализа ликвора.

17. Методика проведения блокад.

18. Нейропсихологическое тестирование: тест рисования часов. Методика, интерпретация результатов.

19. Нейропсихологическое тестирование: оценка семантической и фонетической речевой активности. Методика оценки, интерпретация результатов.

20. Нейропсихологическое тестирование: MMSE. Методика проведения, интерпретация результатов.

21. Нейропсихологическое тестирование: MOCA. Методика проведения, интерпретация результатов.

22. Нейропсихологическое тестирование: тест с картинками. Методика проведения, интерпретация результатов.

23. Анализ рентгенограммы шейного отдела позвоночника.

24. Анализ рентгенограммы грудного отдела позвоночника.

25. Анализ рентгенограммы поясничного отдела позвоночника.

26. Методика проведения ЭЭГ.

27. Анализ ЭЭГ.

28. Методика проведения и анализ ВНГ.

29. Анализ данных ЭНМГ.

30. Анализ данных ультразвукового и дуплексного исследования сосудов головного мозга (церебральных и прецеребральных артерий).

31. Анализ данных компьютерной томографии головного и спинного мозга.

32. Анализ данных КТ-ангиографии.

33. Анализ данных магнитной томографии головного и спинного мозга.

34. Анализ данных МР-ангиографии.

35. Анализ данных миелографии.

36. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: обморок; эпилептический припадок; эпилептический статус.

37. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острое нарушение мозгового кровообращения.

38. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: паническая атака; гипертонический криз.

39. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: инфаркт миокарда; тромбоэмболия легочной артерии.

40. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: кома (в том числе проведение дифференциального диагноза между церебральной и соматической комой).

41. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: миастенический криз, холинергический криз.

42. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острые аллергические реакции.

43. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных

состояниях: черепно-мозговая и спинальная травма.

44. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острый болевой синдром.

45. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острая интоксикация алкоголем и его суррогатами, психотропными препаратами.

46. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: психомоторное возбуждение различного генеза.

47. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: депрессивный статус.

48. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: клиническая смерть.

49. Заполнение и ведение разделов клинической истории болезни.

50. Выписка из истории болезни.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Женщина, 42 года, предъявляет жалобы на шум и снижение слуха на левое ухо, непостоянную головную боль, головокружение, неустойчивость при ходьбе.

Больна около 1,5 лет, сначала появился шум в левом ухе, затем снижение слуха на левое ухо, головокружение, головная боль.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, фотореакция сохранена, снижен корнеальный рефлекс слева, горизонтальный нистагм с ротаторным компонентом, парез лицевого нерва слева, анизорефлексия D>S, патологических стопных знаков нет, дисметрия при выполнении пальце-носовой пробы слева.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 2.

Мужчина, 42 года, бизнесмен, доставлен в неврологическое отделение «скорой помощью» в связи с быстрым развитием слабости нижних конечностей.

Считает себя больным около недели, когда появились резкая боль в животе, тошнота, многократная рвота, субфебрильная температура, по поводу которых был госпитализирован. Проводилась дезинтоксикационная терапия. Хирургическая патология брюшной полости была отвергнута, в течение следующих 2 суток состояние значительно улучшилось, в связи с чем был выписан домой. Однако спустя 5 дней появились болезненные спазмы мышц, слабость в нижних конечностях, которые быстро нарастали. Повторно госпитализирован.

Результат осмотра. Умеренная артериальная гипертензия, тахикардия. Черепная иннервации сохранна. Отмечены снижение силы в дистальном отделе ног до 3 баллов, в проксимальном отделе ног – до 2 баллов, в дистальном отделе рук – до 4 баллов, в проксимальном отделе рук – до 3 баллов. Ахилловы рефлексы не вызываются, коленные рефлексы снижены, рефлексы с рук сохранны. Гиперестезия дистальных отделов рук и ног. Тазовые функции сохранны.

От люмбальной пункции отказался.

При лабораторном исследовании отмечается двукратное повышение уровня трансаминаз (АсТ и АлТ) и гипокалиемия.

На фоне проведения курса плазмафереза состояние продолжало ухудшаться: нарос тетрапарез, отмечено выпадение волос.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 3.

Юноша, 16 лет, жалуется на повторяющиеся непроизвольные подергивания плеч, головы и левой ноги. Кроме подергиваний отмечает почти постоянное покашливание. Родители больного сообщили, что первые признаки заболевания появились в 7-летнем возрасте. Наблюдался в поликлинике по месту жительства и получал лечение (фенибут) с незначительным эффектом. В течение последнего года больной стал непроизвольно сплевывать во время еды. При разговоре часто долго повторяет одно и тоже слово.

При осмотре: быстрые, отрывистые, неритмичные стереотипные движения плеч, головы и рук; может заставить себя короткое время сидеть совершенно спокойно, после чего выраженность движений усиливается, постоянно покашливает, но иногда громко, резко вскрикивает. Другой неврологической симптоматики нет.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения данного больного?

Задача 4.

Женщина, 42 года, поступила в стационар с жалобами на двоение в глазах при взгляде влево, нарушение проглатывания твердой пищи, общую слабость, утомляемость. Год тому назад после ОРВИ с катаральными явлениями и субфебрилитетом у больной появился полуптоз справа, который через 1 неделю после приема антибиотика оксацилина регрессировал.

При осмотре в стационаре определялись: двусторонний полуптоз, недоведение левого глазного яблока кнаружи, двоение при взгляде влево, гипомимия, дисфагия и дисфония, диффузная слабость всех групп мышц конечностей, больше проксимальных, мышечная гипотония. Нарушений рефлексов, мышечных атрофий, фасцикулляций не наблюдалось. Больной были назначены вазоактивные препараты (трентал в/в капельно) и мексидол по 5 мл в/м.

Через 1 день после поступления у больной наступило резкое ухудшение состояния в виде нарушений дыхания, нарастания дисфагии, дисфонии, больная не могла самостоятельно подняться с постели. Отмечались тахикардия до 100 уд/мин., повышение АД до 180/90 мм рт. ст, сухость кожных покровов.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 5.

Мужчина, 46 лет, инженер. Считал себя практически здоровым. Около полутора месяцев тому назад появились затруднения речи. Трудно было вспомнить и произнести слова. К этому постепенно присоединились трудности понимания обращенной к больному речи. Потом стал замечать неловкость движений в правой руке. Эти нарушения нарастали «ступенеобразно». Госпитализирован для обследования.

При осмотре: в сознании, обстоятельства развития своей болезни помнит, но излагает медленно, с трудом подбирая слова. Черепные нервы без патологии. Умеренная слабость сжатия правой кисти. Сухожильные рефлексы средней живости. Патологических знаков нет.

Заключение логопеда: элементы смешанной сенсо-моторной афазии.

На КТ головы: «плоский» очаг гиподенситивности в коре и ближайшем

подкорковом веществе в области стыка височной, теменной и затылочной долей.

Дуплексное исследование МАГ: стеноз устья левой внутренней сонной артерии до 65%, структура бляшки негомогенная – «рыхлая» бляшка. Извитость левой позвоночной артерии на отрезке до вступления в канал позвоночной артерии.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения данного больного?

Задача 6.

Женщина, 42 года. Год назад появилось покалывание в стопах, к которому в течение года присоединилась слабость в ногах и нарушение мочеиспускания (в виде недержания). В течение года эти явления наросли.

При осмотре: черепные нервы без патологии, сухожильные рефлексы D=S высокие, нижний спастический парапарез, с-м Бабинского с 2-х сторон, нарушение глубокой чувствительности в ногах.

По данным МРТ шейного отдела спинного мозга выявлены несколько гиперинтенсивных очагов в Т2 взвешенном изображении на уровне от С4 до С7. На МРТ головного мозга – множественные гиперинтенсивные очаги в Т2 взвешенном изображении в перивентрикулярной области.

Окулист: на глазном дне побледнение височных половин дисков зрительных нервов.

Проведена люмбальная пункция. Цереброспинальная жидкость: белок 0,45 г/л, цитоз 5 в 1 мкл.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больной?

Задача 7.

Женщина, 30 лет, жалуется на ежедневные распирающие головные боли, усиливающиеся в утренние и ночные часы, при кашле и натуживании. Головные боли сопровождаются тошнотой, иногда рвотой, светобоязнью.

В течение 3 лет отмечает значительное увеличение веса, дисменоррею. В течение последнего года появились описанные головные боли. На приеме у невролога в неврологическом статусе не выявлено очаговой симптоматики.

Осмотр окулиста обнаружил снижение остроты зрения с обеих сторон, застойные диски зрительных нервов с двух сторон, незначительное побледнение дисков зрительных нервов, больше справа.

МРТ головного мозга не выявило патологии, данных за гидроцефалию нет.

Люмбальная пункция выявила повышение давление ликвора до 260 мм водного столба.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Укажите тактику лечения больной?

Задача 8.

Женщина, 73 года, 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. В анамнезе у пациентки артериальная гипертензия с подъемами АД до 220/110 мм рт. ст., ИБС, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения II степени.

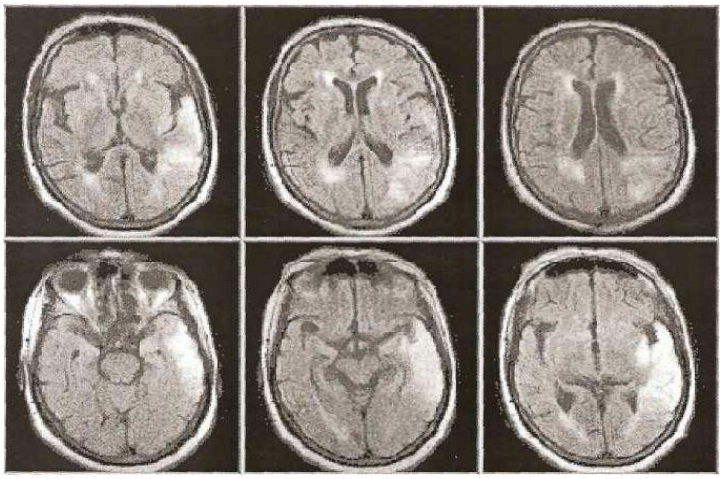
При поступлении у больной выявлен пароксизм мерцательной аритмии, ЧСС 120-128 в одну минуту, АД 190/100 мм рт. ст. Аускультативно на сосудах шеи шумов не выявлено.

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 окрошки». Чтение, письмо, счет в состоянии распада. 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).

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

УЗДГ: признаки умеренного атеросклеротического поражения сосудов. Данных за стенозы магистральных артерий головы нет.

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



Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения данной больной?

Задача 9.

Мужчина, 30 лет, доставлен в районную больницу через сутки после автоаварии (удар головой о лобовое стекло).

При поступлении больного беспокоила головная боль. АД – 150/80 мм рт. ст., пульс – 54 уд/мин.

В неврологическом статусе: вял, лежит на правом боку; реакция на свет зрачка справа вялая; в пробе Барре плохо удерживает левые конечности.

Через 2 часа наступило состояние оглушения, появился птоз и расширение зрачка до 5 мм справа, появилась ригидность затылочных мышц, нарос левосторонний гемипарез до 2 баллов.

Эхо-ЭГ: смещение срединного сигнала справа налево на 6 мм.

Рентгенограмма черепа: линейный перелом свода черепа теменной и височной костей справа.

Затем появились судороги левых конечностей. Кома, дыхание типа тахипноэ, угнетение окулоцефалических рефлексов, децеребрационная ригидность.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больного?

Задача 10.

Женщина, 32 года, доставлена в клинику после генерализованного судорожного припадка.

Анамнез. В течение 4 дней больная испытывала недомогание, к которому в последние 2 дня присоединилась головная боль и повышение температуры тела до 38°С. Была повторная рвота. Сегодня у больной развился генерализованный судорожный припадок, и она была госпитализирована.

При осмотре: АД 110/60 мм рт. ст., пульс 120 в 1/мин. Температура тела 39°С, ЧД-18 в 1/мин.

Неврологический статус. Оглушение. Ригидность затылочных мышц. Голова и глазные яблоки отведены вправо. Правый зрачок шире левого, но оба зрачка на свет реагируют. Глоточный рефлекс сохранен. Сухожильные рефлексы S>D. Патологические стопные знаки с 2-х сторон. В палате у больной развился генерализованный судорожный припадок, сопровождавшийся поворотом головы и глазных яблок влево.

Люмбальная пункция: давление 220 мм вод. ст., белок 0,6 г/л, глюкоза 2,0 ммоль/л, цитоз: лимфоциты 36 в 1 мкл.

ЭхоЭГ – смещение срединного сигнала справа налево на 4 мм.

КТ головного мозга – очаги пониженной плотности с выраженным перифокальным отеком в передних и средних отделах височных долей, больше справа.

Вопросы и задания:

1. Какие дополнительные методы исследования следует применить больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 11.

Мужчина, 58 лет, служащий, работа канцелярская за письменным столом, с телефоном и компьютером. Вредные привычки отрицает.

В течение последних 3 месяцев отмечает нарушение ночного сна. Просыпается в середине ночи от боли в шейно-затылочной области и левой половине головы. Характер боли пульсирующий, иногда по типу тяжести и распирания. На высоте приступа – сильная распирающая боль в левом глазу. Повышения АД никогда и даже во время приступа не отмечалось. Приступ длится 1,5-2 часа и постепенно самостоятельно проходит. После приступа остается ощущение дурноты и тяжести в голове. Заснуть до утра не удается. За указанный срок такие приступы возникали днем только дважды. В этих случаях в начале приступа больной отмечал неопределенного характера «неясность зрения». Как и ночные приступы они длились 1,5-2 часа и проходили самостоятельно.

При осмотре (днем, вне приступа) АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 72 в мин. Очаговой и менингиальной неврологической симптоматики нет.

ЭКГ – вертикальное положение оси сердца.

ЭЭГ – без патологических изменений.

Глазное дно – артерии несколько сужены, умеренно извиты.

КТ головного мозга – без патологических изменений.

Рентгенография шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекции – умеренные признаки остеохондроза и деформирующего спондилеза.

Анализы крови и мочи без отклонений от нормы.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 12.

Мужчина, 46 лет, через неделю после перенесенного ОРВИ возникли интенсивные боли в спине (на уровне 5-7 грудных позвонков). Через сутки на фоне повышения температуры тела до 37,2°С появилась слабость в левой ноге, еще через сутки присоединилась слабость в правой ноге и развилась острая задержка мочи. Больной был госпитализирован.

В неврологическом статусе: нижний вялый парапарез, коленные и ахилловы сухожильные рефлексы угнетены, симптом Бабинского справа; все виды чувствительности нарушены по проводниковому типу до уровня D5, задержка мочи.

В цереброспинальной жидкости: белок 1 г/л, лимфоцитальный плеоцитоз 68 клеток в 1 мкл.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения данного больного?

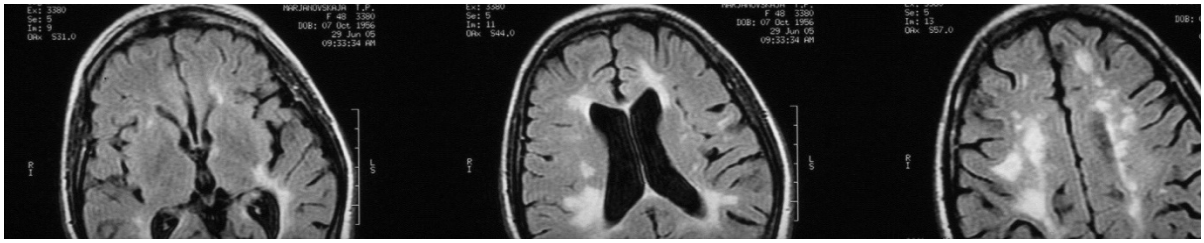
Задача 13.

Женщина, 22 года, жалуется на слабость в ногах, возникающую при ходьбе и неустойчивость.

В 18 лет отмечалось нарушения зрения в течение недели, которое было расценено как ретробульбарный неврит. Зрение в течение недели восстановилось полностью. Не лечилась. В 20 лет появилось слабость в ногах при ходьбе. Хуже себя чувствовала в жаркую погоду и после приема горячей ванны.

Последние полгода чувствовала себя хорошо. Пошатывания и слабости не было. Настоящее ухудшение состояния отмечалось последние 2 недели. Вновь появилось пошатывание при ходьбе и выраженная слабость в ногах.

При осмотре: горизонтальный мелкоразмашистый нистагм, скандированная речь, сухожильные рефлексы высокие D=S, нижний спастический парапарез с патологическими стопными знаками. Атаксия при выполнении стато-координаторных проб. Снижение вибрационной чувствительности на ногах.



Вопросы и задания

1. Какие дополнительные методы исследования следует применить больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 14.

Мужчина, 39 лет, поступил в неврологическое отделение с жалобами на боль в поясничной области с иррадиацией на наружную поверхность правого бедра и голень, слабость и онемение правой стопы.

В течение 6 лет больного периодически беспокоили боли в поясничной области. В последние полгода в период обострения, боли стали иррадиировать по наружной поверхности правого бедра и голени. При ходьбе появилось ощущение тяжести в правой ноге, и она стала подкашиваться. Приходилось останавливаться и отдыхать. Накануне госпитализации, в момент вставания со стула боль в ноге и пояснице резко усилилась и в течение получаса появилось онемение правой стопы и пальцев. Стопа повисла, а

выраженность боли уменьшилась.

По результату осмотра. Сглажен поясничный лордоз. Ограничены движения в поясничном отделе позвоночника. Определяется напряжение длинных мышц спины. Ограничено тыльное сгибание правой стопы и пальцев. Сила в правой ноге снижена в разгибателях бедра и сгибателях голени до 4-х баллов, в разгибателях стопы и пальцев до 1-2 баллов. Сила мышц левой ноги – полная. Коленные рефлексы живые, равномерные. Правый ахиллов рефлекс отсутствует. Диссоциированная гипальгезия на задненаружной поверхности правого бедра, голени, на тыле стопы и первых 3-х пальцах.

Вопросы и задания

1. Какие дополнительные методы исследования следует применить больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 15.

Мужчина, 35 лет, жалуется на приступообразные жгучие боли в области глазницы справа, с иррадиацией в височную и скуловую область.

В течение трех лет два раза в год (весной и осенью) наступают периоды, когда появляются приступы головной боли и как правило, приступы боли возникают всегда в ночное время и всегда локализуются с правой стороны лица и головы. Приступ боли продолжается обычно в течение 1 часа, он сопровождается беспокойством больного: пациент не может сидеть на одном месте. Во время приступа отмечается слезотечение из правого глаза, часто отмечается покраснение лица и конъюнктивы справа.

Больной отмечает, что, как правило, боли появляются ежедневно в ночное время и обычно беспокоят больного в течение 1-1,5 месяцев. Затем, до следующего обострения он чувствует себя совершенно здоровым человеком.

При осмотре дежурным врачом больного в ночное время во время приступа было выявлены: гиперемия конъюнктивы, покраснение лица, ринорея, слезотечение справа. Больной метался по палате из угла в угол. Впрыскивание дигидергота в полость носа привели к уменьшению боли.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?

Задача 16.

Мужчина, 24 года, пациент жалуется на дрожание рук, усиливающееся при волнении и нарушения речи (невнятную речь). Также отмечает, что в последний месяц стало трудно подниматься по ступеням так как «что-то с ногами».

Считает себя больным около 6-8 месяцев.

При осмотре: гипомимия, невнятная, тягучая речь. Постуральный и кинетический тремор рук. Мышечная ригидность в ногах.

При МРТ головного мозга в Т2 и FLAIR взвешенных режимах – повышение сигнала от полосатого тела с двух сторон.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 17.

Мужчина, 48 лет, жалуется, что в течение последних 3-х месяцев ему стало трудно застегивать одежду и он стал ронять предметы из рук.

Неврологическое обследование выявило слабость при сгибании, разгибании, приведении и отведении пальцев рук, больше справа. Атрофия и фасцикуляции

гипотенара и межкостных мышц, повышение рефлексов с сухожилия двуглавых мышц, коленного и ахиллова рефлексов. Патологические стопные знаки с двух сторон. Единичные фасцикуляции икроножных мышц.

Вопросы и задания

1. Какие дополнительные методы исследования следует применить больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Задача 18.

Женщина, 27 лет, доставлена машиной скорой помощи из дома в приемное отделение многопрофильной больницы через 30 минут после начала судорожного припадка.

С 15 лет страдает эпилепсией, принимает фенобарбитал. Последнюю неделю больная фенобарбитал не принимала.

При поступлении отмечаются генерализованные судорожные припадки, продолжительностью более 30 минут. Судороги охватывают одновременно все мышцы тела. Кратковременная тоническая стадия сменяется клонической. Сознание отсутствует. В паузах между припадками сознание востанавливается, но возбуждена. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 в минуту. В неврологическом статусе: мелкоразмашистый горизонтальный нистагм.

Проведена люмбальная пункция. В цереброспинальной жидкости: давление 180 мм водн. ст., белок – 0,45 г/л, цитоз – 9 в 1 мкл (лимфоциты).

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больной?

Задача 19.

Мужчина, 65 лет, поступил в неврологическое отделение многопрофильной больницы с жалобами на неустойчивость при ходьбе, снижение памяти, эпизоды недержания мочи. Родственники, сопровождающие больного, отмечают забывчивость (не помнит номера телефонов близких людей), дезориентацию в незнакомой местности.

В течение 10 лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией напряжения. Регулярно антигипертензивные препараты не принимал, при повышении давления до 200/100 мм рт. ст. принимает коринфар. В 2000 году перенес ишемический инсульт в левом полушарии мозга с легким правостороннем гемипарезом, который регрессировал через 2 недели. Находился на стационарном лечении в неврологическом отделении в течение трех недель, получал вазоактивную, ноотропную терапию, занимался ЛФК.

В течение трех последних лет появились неустойчивость при ходьбе и расстройства памяти, которые постепенно прогрессировали. В течение последнего года отмечаются эпизоды недержания мочи (пользуется памперсами).

При осмотре: АД – 150/90 мм рт.ст., пульс – 86 уд. в минуту. Легкая дизартрия, дисфагия, насильственный плач. Симптомы орального автоматизма. Сухожильные рефлексы оживлены справа, двухсторонний симптом Бабинского. Походка с широко расставленными ногами, с эпизодами застываний, топтаний на месте при попытке изменить направление движения. Выраженная постуральная неустойчивость. Дисметрия при выполнении указательных проб.

При нейропсихологическом исследовании: выраженные снижения зрительной и слуховой памяти, нарушение счета. Дезориентирован в месте. Трудности в поиске обобщающих слов, интерпретации пословиц. При выполнении теста рисования часов неправильно расставляет числа на циферблате и указывает стрелками время.

Дуплексное сканирование: выраженный (до 80%) стеноз внутренней сонной артерии справа.

Офтальмоскопия: ангиопатия сетчатки.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения данного больного?

Задача 20.

Женщина, 28 лет, поступила в неврологическое отделение с остро развившейся слабостью левых конечностей.

Месяц назад в течение пяти дней беспокоили боли в коленных суставах, которые прошли на фоне приема НПВС. За неделю до поступления отметила слабость кисти и 1-3 пальцев правой руки, которую связала с ручной стиркой. За день до поступления заметила «перекос лица», но к врачу обратиться не успела.

Неврологический статус: в сознании, менингеальных знаков нет, центральный парез VII, XII нервов слева; периферический парез лицевого нерва справа, левосторонний спастический гемипарез, невропатия правого лучевого нерва.

КТ головного мозга: ишемический очаг в бассейне правой средней артерии.

ОАК: СОЭ 50 мм/час.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больной?
3. Какова тактика ведения больной?

Задача 21.

Мужчина, 56 лет, жалобы на резкую слабость в конечностях, онемение и боли в руках и ногах, поперхивание при еде.

Три недели назад перенес ОРВИ (ОРЗ), 10 дней назад почувствовал слабость в ногах, спустя 3 дня появились слабость и онемение рук, поперхивание при еде, температура тела оставалась нормальной.

При осмотре: глоточные рефлексы вялые, дисфагия. Вялый глубокий тетрапарез. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Гипальгезия по типу «носков и перчаток». Боль в ногах при проверке симптомов «натяжения».

В цереброспинальной жидкости: белок – 0,9 г/л, цитоз 10 лимфоцитов в 1 мкл,

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больного?

Задача 22.

Женщина, 35 лет, учитель обратилась к неврологу с жалобами на головную боль, особенно в утреннее время в течение 3-4 лет. В последние полгода головные боли усилились.

Из анамнеза: наблюдается у эндокринолога и гинеколога по поводу галактореи-аменореи.

Неврологический статус: зрачки D=S, движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет, мышечный тонус не изменен, парезов нет, сухожильные рефлексы D=S, средней живости, патологических знаков нет.

Осмотр окулиста: снижение остроты зрения, побледнение дисков зрительных нервов.

Рентгенография черепа: спинка турецкого седла истончена.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Задача 23.

Мужчина, 87 лет, писатель, много лет страдает ИБС, систематически не наблюдается и не лечится. Сведений об уровне АД и ЧСС нет. Два года тому назад перенес ишемический инсульт, после которого остался выраженный спастический левосторонний гемипарез до плегии в руке. Может с большим трудом передвигаться в пределах квартиры с помощью палочки. В последние месяцы стало трудно писать «здоровой» рукой: пишет медленно, буквы получаются мелкие. Периодически испытывает состояния дурноты и несистемного головокружения. Из-за этого несколько раз падал, но голову не ушибал и переломов костей не было. Сегодня утром во время эпизода дурноты появилась невнятная речь («заплетался» язык).

При госпитализации через 3 часа: в сознании, полностью ориентирован, без затруднения речи подробно рассказывает историю своего заболевания и четко излагает жалобы. АД 140/90 мм рт. ст., ЧСС 64 уд/ мин., пульс ритмичный.

Неврологический статус. Незначительное отклонение кончика языка влево. Левосторонний спастический гемипарез до степени плегии в левой кисти (разжать кулак не удается). Сухожильные рефлексы слева повышены, симптом Бабинского слева. Тонус мышц правой руки повышен по пластическому типу. При пассивных движениях в правом лучезапястном суставе определяется симптом «зубчатого колеса». Ходьба затруднена из-за спастического гемипареза и замедления движений. Шаркающая походка. Координаторные пробы правыми конечностями выполняет удовлетворительно.

КТ головного мозга: очаг пониженной плотности паравентрикулярно в височно-теменной области правого полушария, размером 3х6 см продолговатой формы.

Дуплексное исследование МАГ: стеноз в области устья правой внутренней сонной артерии 90%, стеноз устья левой внутренней сонной артерии 30%, извитость левой позвоночной артерии на протяжении до вступления в канал позвоночной артерии.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 24.

Женщина, 56 лет, обратилась к неврологу с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по передней поверхности бедра справа, сопровождающиеся ощущением «покалывания». Боли усиливаются при кашле и по ночам.

Из анамнеза: болевой синдром возник около 3-х месяцев назад. В первые недели беспокоили боли в спине, больная обратилась к неврологу и ей был назначен курс лечения (диклофенак 3мл в/м №5, мильгамма 100мг 1драже 3 раза в день – курс 10 дней). После проведенного лечения состояние больной не улучшилось, а спустя несколько недель боль стала иррадиировать по передней поверхности бедра справа.

В неврологическом статусе: умеренная болезненность при пальпации и перкуссии остистых отростков позвонков Th11-L1, парезов нет, гипотрофия мышц передней поверхности бедра с выпадением коленного рефлекса справа, гипестезия в зоне проекции корешка L1 справа, положительный симптом Нери и симптом Вассермана справа.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

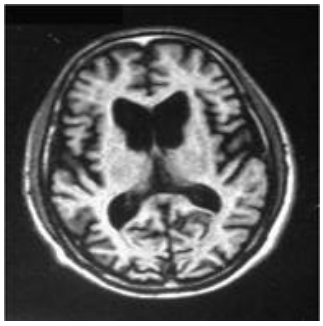
Задача 25.

Родственники 48-летней больной сообщили, что в течение года у нее появилась неловкость при ходьбе, размашистые постоянные движения рук и невнятная речь. Больная стала рассеянной и невнимательной, но к врачам обращаться отказывалась считая что с

ней все в порядке.

Осмотром установлено следующее. Невнятная речь. Наблюдаются быстрые хаотичные, нерегулярные по амплитуде движения мышц лица, глотки, конечностей. Не может удержать высунутый язык. Мышечный тонус низкий. Сухожильные рефлексы оживлены. Патологических стопных знаков нет. Чувствительных расстройств нет.

МРТ головного мозга:



Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 26.

Мужчина, 45 лет, жалобы на затруднения засыпания и нарушения сна с частыми просыпаниями в связи с неприятными ощущениями (парастезиями) в ногах. Неприятные ощущения в ногах возникают в положении лежа в вечернее время и проходят при физической активности (ходьбе).

Болен в течение 10 лет, с периодами улучшения. В течение последнего года состояние ухудшилось, участились ночные просыпания, и неприятные ощущения в ногах стали возникать и в дневное время. Со слов жены у больного отмечаются непроизвольные движения ног во сне. Принимал феназепам без особого эффекта.

При осмотре: очаговой неврологической симптоматики нет.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 27.

Женщина, 27 лет, жалуется на постоянные насильственные повороты головы вправо с фиксацией головы в положении поворота с наклоном к плечу.

Больна около года. Насильственные повороты появились без видимой причины и нарастали по выраженности в течение 5-6 месяцев. Больная отмечает, что в положении лежа насильственного поворота головы нет. Нет поворота в течение 20-30 минут утром после ночного сна. Легкое прикосновение к правой щеке ослабляет выраженность насильственного поворота головы.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больной?

Задача 28.

Женщина, 50 лет, в течение 10 лет наблюдается психиатром по поводу выраженной депрессии с суицидальными мыслями. В течение 8 лет периодически принимает типичные нейролептики (галоперидол, трифтазин), а также антидепрессант амитриптилин. В течение последнего года появились скованность и замедленность движений, тремор покоя

рук и непроизвольные движения в мышцах лица и языка.

При осмотре неврологом выявлено: брадикинезия, повышение мышечного тонуса по пластическому типу во всех группах мышц, тремор покоя в обеих руках, брадибазия, оромандибулярная дискинезия и блефароспазм. Постуральной нестабильности нет.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больной?

Задача 29.

Мужчина, 62 года, жалобы на скованность, неустойчивость при ходьбе, поперхивание при глотании жидкой пищи, общую слабость.

Около 1,5 лет назад после инсульта, который проявлялся дизартрией и неловкостью левой руки, появилась замедленность движений, изменился голос. Несколько месяцев спустя появилась неустойчивость при ходьбе, больной начал часто падать. Мочеиспускание не нарушено. Медицинской документации нет. Дополнительных сведений не сообщает.

При осмотре: резко выражены симптомы орального автоматизма, умеренный парез взора вверх и вниз, дизартрия, легкая дисфагия. Мышечный тонус повышен по пластическому типу в проксимальных отделах конечностей. Имеется повышение тонуса в задних шейных мышцах. Грубая постуральная неустойчивость. Умеренный постуральный тремор в руках. Сухожильные рефлексы с конечностей оживлены, рефлексогенные зоны расширены.

Нейропсихологическое исследование не выявило существенного снижения общего уровня когнитивных функций, памяти и интеллекта, однако отмечены замедленность психической деятельности, нарушения произвольного внимания, повышенная истощаемость, склонность к персеверациям.

МРТ головного мозга: единичные, мелкие, перивентрикулярные, постишемические очаги. МРТ симптом «колибри» (humming bird)

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения данного больного?

Задача 30.

Женщина, 69 лет, жалуется на дрожание обеих рук (больше левой) в покое, затруднение походки с «подволакиванием» левой ноги, неустойчивость при ходьбе с редкими эпизодами падений.

Больна в течение 8 лет, когда впервые появились дрожание и скованность левых конечностей. В течение 5 лет по назначению невролога больной принимает циклодол (3 табл. в сутки), наком (3 табл. в сутки), после чего у больной отмечалось значительное уменьшение скованности движений.

В последний год присоединились нарушения походки и эпизоды падений, появились насильственные движения в виде хореоатетоза, возникающие через час после приема 1 таблетки накома. Родственники больной отмечают, что в течение последней недели у больной появились зрительные галлюцинации.

При осмотре: гипомимия, дисфония, гипокинезия, симптом зубчатого колеса, повышение мышечного тонуса по пластическому типу, больше в левых конечностях, тремор покоя обеих рук, неустойчивость при ходьбе, пропульсии.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте диагноз с указанием стадии болезни.
2. Какова Ваша тактика терапии?

Задача 31.

Женщина, 36 лет, жалобы на дрожание рук, усиливающееся при волнении. Дрожание беспокоит с 20-летнего возраста. В начале заболевания дрожание появлялось эпизодически, но в течение последних десяти лет стало постоянным. В течение последнего года стало трудно писать и при еде больная стала расплескивать жидкую пищу из ложки.

При осмотре: постуральный, кинетический и интенционный тремор рук. Мышечный тонус не изменен. Брадикинезии нет.

При дополнительном исследовании патологии щитовидной железы не выявлено.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больной?

Задача 32.

Мужчина, 24 года, на фоне полного здоровья внезапно возникла головная боль в лобной области с последующей кратковременной потерей сознания.

При поступлении: АД 135/60 мм рт.ст., пульс 58 уд/мин. Больной в состоянии оглушения, жалобы на головную боль. Отмечалась повторная рвота. Зрачки равны по величине и реагировали на свет. Грубый левосторонний гемипарез с гемигипальгезией и мышечной гипотонией слева. Ригидность затылочных мышц.

ЭхоЭГ – смещение срединного сигнала справа налево на 4 мм.

Вскоре после первичного осмотра правый зрачок расширился до 6 мм с ослаблением фотореакции, обнаружилась левосторонняя гемиплегия с мышечной атонией. Через час развилась кома с горметоническими судорогами.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больного?

Задача 33.

Мальчик, 9 лет, учащийся средней школы. Учительница в школе обратила внимание, что во время урока мальчик внезапно прекращал вступать в контакт, не реагировал на замечания, автоматически появлялось чмоканье губами и перебирание пуговиц на одежде. Приступ длился несколько секунд. За время урока могло возникать от одного до двух приступов.

Со слов матери эти явления у ребенка отмечала в течение года, но не придавала им значения. Ребенок не обследовался и не лечился.

В анамнезе: корь в 4 года. ЧМТ не было.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Ваш предварительный диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 34.

Мужчина, 30 лет, доставлен в районную больницу через сутки после автоаварии (удар головой о лобовое стекло).

При поступлении больного беспокоила головная боль. АД – 150/80 мм рт. ст., пульс – 54 уд/мин.

В неврологическом статусе: вял, лежит на правом боку, реакция на свет зрачка справа вялая, в пробе Барре плохо удерживает левые конечности.

Через 2 часа наступило состояние оглушения, появился птоз и расширение зрачка до 5 мм справа, появилась ригидность затылочных мышц, нарос левосторонний гемипарез до 2 баллов.

Рентгенограмма черепа: линейный перелом свода черепа теменной и височной

костей справа.

Затем появились судороги левых конечностей. Кома, дыхание типа тахипноэ, угнетение окулоцефалических рефлексов, децеребрационная ригидность.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больного?

Задача 35.

Женщина, 22 года, жалобы на приступы боли в правой височной области.

За 20-30 минут до появления головной боли она видит мерцающие огни слева, которые затем распространяются на все поле зрения и превращаются в «слепые пятна», имеющие мерцающие края. После того, как эти зрительные расстройства прекращаются, возникает головная боль. Из височной области она распространяется на всю правую половину головы. На высоте боли (через 1-2 часа) может возникнуть тошнота и рвота. Частота приступов 2-3 раза в месяц без видимой внешней причины.

При осмотре не выявляется никаких неврологических расстройств.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения данной больной?

Задача 36.

Женщина, 28 лет, после психоэмоционального стресса возникли и не проходили: тревога, пониженное настроение, общая слабость, утомляемость к вечеру и двоение в глазах после незначительной физической нагрузки (выполнение домашней работы). Неврологом по месту жительства был назначен феназепам в дозе 2 мг/сут.

Спустя неделю после начала приема феназепама резко ухудшилось состояние: не смогла подняться с постели, появилось нарушение глотания, затруднение дыхания. Госпитализирована по скорой в неврологическое отделение с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне».

При поступлении в статусе: цианоз, частота дыханий – 40 в минуту, пульс – 96 в минуту, АД – 150/90 мм рт. ст., полуптоз с обеих сторон, ограничение подвижности глазных яблок кнаружи с обеих сторон (больше справа), диплопия при взгляде вправо, двухсторонний мидриаз, гипомимия, дисфагия, дисфония.

Выраженная слабость во всех группах мышц, больше в проксимальных отделах конечностей. Выраженная диффузная мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы не изменены, патологических знаков нет.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больной?

Задача 37.

Мужчина, 40 лет, последние 2 года беспокоят боли в ногах при ходьбе (без боли может пройти только 200 метров), похолодание стоп, боли за грудиной при физической нагрузке. Наблюдается повышение СОЭ до 40 мм/ч. Похудел за последний год на 6 кг.

Год назад дважды перенес нарушения мозгового кровообращения: первый раз – с синдромом моторной афазии и легкого правостороннего гемипареза, которые в течение недели почти полностью регрессировали; второй – левосторонний гемипарез, который регрессировал за 2 недели.

2 недели назад внезапно появилось головокружение, неустойчивость при ходьбе, двоение при взгляде вправо, рвота. Потери сознания не было.

При осмотре в неврологическом отделении выявлено: расширение границ сердца

влево, А/Д – 90/60 мм рт. ст., снижение пульсации тыльных артерий стоп с двух сторон, отечность и цианоз правой голени, увеличение печени, пастозность, синюшность стоп, язвенные изменения пальцев стоп. Легкая недостаточность VI н. справа, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде в обе стороны, пошатывание в позе Ромберга вправо, повышение сухожильных рефлексов слева, с-м Бабинского слева. Снижение памяти, интеллекта, с-мы орального автоматизма.

ЭКГ: отклонение электрической оси сердца влево, постинфарктный кардиосклероз. В анализе крови – СОЭ 50 мм/час, лейкоцитоз – 10 тыс.

Глазное дно: явления ангиопатии сетчатки.

УЗДГ сосудов нижних конечностей: тромбофлебит глубоких вен правой голени.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести данному больному?

2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

3. Какова тактика лечения данного больного?

Задача 38.

Мужчина, 18 лет, жалобы на нарушения походки, эпизоды частых падений, нарушения глотания и речи. В течение последнего года родственники заметили неустойчивость при ходьбе, замедленность всех движений. В течение последнего месяца появились поперхивание при глотании жидкой пищи, нечеткость речи.

При осмотре выявляются: снижение веса, «сосудистые звездочки» на коже передней поверхности грудной клетки, гипомимия, застывший взгляд, насильственный смех, дисфагия, дизартрия, симптомы орального автоматизма. Мышечный тонус повышен по пластическому типу во всех группах мышц, сухожильные рефлексы оживлены. Грубая постуральная неустойчивость – больной может с трудом передвигаться лишь с помощью посторонних. Выраженная пропульсия. Ходит на «носочках», подворачивая стопы внутрь, высоко поднимая ноги. Дистония обеих кистей.

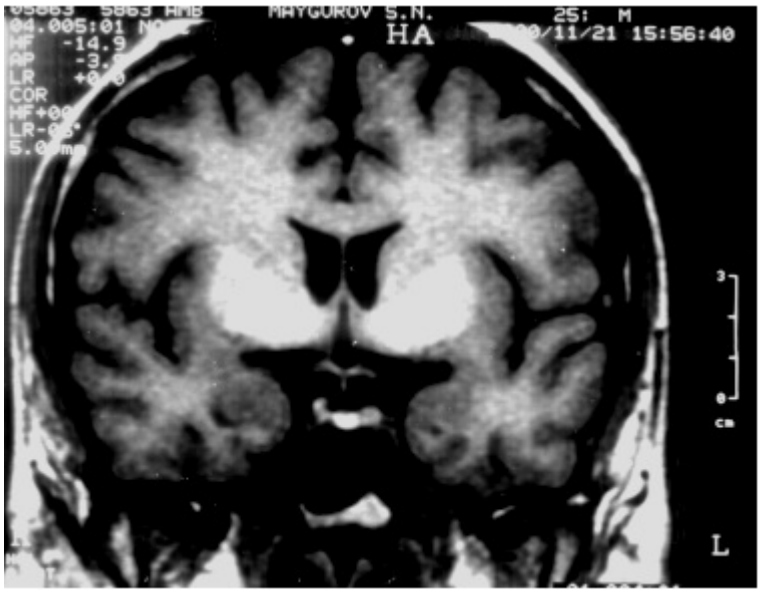
При проведении МРТ головного мозга в Т-1 взвешенном изображении выявлено симметричное повышение сигнала в области бледного шара с обеих сторон.

При осмотре брата больного (21 года) отмечены сходные клинические симптомы.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Какова тактика лечения данного больного?



Задача 39.

Мужчина, 62 года, экономист. Предъявляет жалобы на слабость в левой руке и правой ноге, смазанность речи, неустойчивость при ходьбе, снижение памяти, быструю утомляемость, сниженный фон настроения, раздражительность, слезливость.

В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией, в течение 6 лет – сахарным диабетом II типа. Два года назад перенес ишемический инсульт, проявлявшийся дизартрией, слабостью правой ноги, частично регрессировавшими в течение последующего месяца. Полгода назад перенес повторный ишемический инсульт, на этот раз сопровождавшийся слабостью и онемением в левой руке. Вслед за этим появилась замедленность речи и движений в конечностях, снижение памяти, инертность, апатия.

В неврологическом статусе: умеренная дизартрия, глоточный рефлекс сохранен, снижение силы в проксимальном отделе правой ноги, ограничение тонких движений левой кисти. Мышечный тонус в конечностях не изменен. Сухожильные рефлексы оживлены, патологических стопных знаков нет. Гипомимия. В позе Ромберга неустойчив, постуральные рефлексы снижены. Походка шаркающая, замедленная, длина шага укорочена, при ходьбе туловище выпрямлено, ноги расставлены, слегка пошатывается, ахейрокинеза нет.

Нейропсихологический статус: снижение речевой активности, трудность усвоения сложных двигательных программ, снижен объем запоминания, тенденция к персеверативным ответам, импульсивность.

Дуплексное сканирование БЦА: стеноз сифона правой внутренней сонной артерии больше 75%.

МРТ головного мозга: множественные двусторонние очаги в области базальных ядер и семиовальном центре, двусторонний перивентрикулярный лейкоареоз Желудочковая система умеренно расширена, легкое диффузное расширение корковых борозд и мозговых цистерн.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения данного больного?

Задача 40.

Мужчина, 60 лет, жалобы на нарушения походки (неустойчивость при ходьбе, «прилипание» стоп к полу при поворотах); учащенное мочеиспускание с эпизодами недержания мочи, нарушения памяти на текущие события. Кроме того, больной стал забывать номера телефонов, имена знакомых людей. По назначению невролога принимал тромбо-АСС, мексидол. В течение последнего года родственники отмечают эпизоды дезориентации в знакомой местности.

При осмотре неврологом выявлены: нарушения ходьбы (ходьба с широко расставленными ногами, с затруднением инициации ходьбы, легкая замедленность при ходьбе); выраженная постуральная неустойчивость.

Нейропсихологическое тестирование: нарушения зрительно-пространственных функций, внимания и счета.

КТ головного мозга: выраженная внутренняя гидроцефалия с баллонообразным расширением передних рогов боковых желудочков.

Осмотр окулиста: извитость артерий глазного дна.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 41.

Мужчина, 45 лет, предъявляет жалобы на приступообразные, интенсивные, жгучие,

колющие боли в области левого глаза и глазницы длительностью до 10 минут, частотой 50-60 раз в день, сопровождающиеся покраснением и слезотечением из левого глаза. Подобные боли возникали и ранее, в течение последних 3-х лет эпизоды вышеописанной боли возникают ежедневно на протяжении 10-14 дней 1 или 2 раза в год.

Наличие хронических заболеваний отрицает.

Неврологический статус без патологии.

Вопросы и задания

1. Какие дополнительные методы исследования следует применить больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 42.

Мужчина, 28 лет, в течение 3-х дней беспокоили умеренные головные боли, ощущение першения в горле, заложенность носа, насморк со скудным отделяемым слизистого характера и повышение температуры тела до 37,3°С. Внезапно состояние ухудшилось. Появился озноб и диффузная головная боль. Температура тела повысилась до 38,9°С.

При поступлении: в сознании, но вял и заторможен. Жалуется на сильную головную боль. Кожные покровы чистые. АД – 90/70 мм рт. ст. Пульс – 120 в мин. ЧД – 20/мин. При неврологическом осмотре выявлялась умеренная ригидность затылочных мышц. Анализ крови: лейкоцитоз 10.000. Анализ ликвора: белок – 0,8 г/л, цитоз – 26 лимфоцитов в 1 мкл. Давление 220 мм вод. ст. Назначен эритромицин.

Через 6 часов после поступления головная боль значительно усилилась. Была рвота.

При осмотре: выраженная ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Бехтерева. Очаговой неврологической симптоматики не было.

Еще через час развился сопор с гипервентиляцией по типу тахипное.

Произведена повторная люмбальная пункция. Ликвор: мутный. Давление 240 мм вод. ст. Белок – 4 г/л, глюкоза – 0,8 ммоль/л, цитоз – 12000 нейтрофилов в 1 мкл.

Вопросы и задания

1. Какие дополнительные методы исследования следует применить больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. какова тактика лечения больного?

Задача 43.

Женщина, 72 года. В течение 15 лет страдает ИБС. 10 лет тому назад перенесла инфаркт миокарда. Последние три года отмечается постоянная форма мерцательной аритмии. Сегодня утром после завтрака во время мытья посуды почувствовала дурноту. Сразу ослабели правые конечности. С трудом дошла до телефона. Вызывая «скорую помощь», обнаружила нарушение речи.

При госпитализации через 2 часа: больная в сознании, бледна, АД 115/70 мм рт. ст., ЧСС – 48 уд/мин.

В неврологическом статусе: дизартрия, глубокий правосторонний гемипарез с преобладанием в руке, сухожильные рефлексы средней живости без видимой разницы сторон, патологических пирамидных симптомов нет. Расстройств чувствительности и менингеальных знаков нет.

ЭКГ: мерцательная аритмия.

КТ головного мозга: признаков очагового поражения головного мозга нет.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

3. Какова тактика лечения больной?

Задача 44.

Женщина, 48 лет, педагог госпитализирована в неврологическое отделение после впервые возникшего генерализованного судорожного припадка.

Из анамнеза: последние полгода больную беспокоили головные боли, снижение памяти. Никуда не обращалась, не лечилась.

В неврологическом статусе: Зрачки D=S, движение глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Сухожильные рефлексы D<S. Легкий левосторонний гемипарез. С-м Бабинского и кистевой симптом Россолимо вызываются слева.

Осмотр окулиста: побледнение дисков зрительных нервов.

ЭЭГ: диффузные общемозговые изменения с преобладанием медленной дельта-активности в правом полушарии головного мозга. Диффузно регистрируются эпикомплексы в виде острых волн.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 45.

Мужчина, 34 года, доставлен в неврологическое отделение в состоянии оглушения. Из анамнеза известно, что 1,5 часа назад он пожаловался на головную боль и упал, но голову при этом не ушибал. В последующем продолжал жаловаться на сильную головную боль и тошноту.

При поступлении: АД 140/80 мм рт.ст., пульс 68/мин, ЧД 20/мин. Определяется ригидность затылочных мышц. Правый зрачок чуть шире левого. Оба зрачка на свет реагируют. Мимика симметрична. Глоточный рефлекс сохранен. Парезов конечностей нет. Сухожильные рефлексы низкие, без разницы сторон. Патологических стопных знаков нет.

ЭхоЭГ – смещения срединных структур нет.

Вопросы и задания

1. Какие дополнительные методы исследования следует применить больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 46.

Мужчина, 30 лет, служащий. Прежде считал себя практически здоровым. Во время туристической поездки на автобусе в один из дней стал испытывать тупую головную боль в лобно-теменной области. Отмечалось повышение температуры до 37,2ºС.

На 7 день болезни вечером обратился в приемное отделение многопрофильной больницы. Признаков соматических заболеваний при осмотре терапевтом не обнаружено. Признаков очаговых и менингиальных симптомов при осмотре неврологом не обнаружено. АД и ЧСС были нормальные, анализы крови и мочи без изменений. На рентгенограмме черепа патологических изменений нет.

Больной был госпитализирован для наблюдения в боксированную палату инфекционного отделения.

Утром больной был обнаружен без сознания. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 80 в мин. При неврологическом осмотре: кома, зрачки сужены и на свет не реагируют, корнеальные рефлексы отсутствуют, арефлексия, вялая тетраплегия.

В шоковой палате реанимационного отделения проведена люмбальная пункция. Ликвор вытекал под повышенным давлением, был интенсивно окрашен кровью. После проведения пункции и поворота больного на спину наступила остановка дыхания.

Интубирован. Начата ИВЛ.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте Ваш предположительный диагноз.
2. какова тактика лечения больного?

Задача 47.

Мужчина, 20 лет, в анамнезе шизофрения в течение трех лет, на протяжении которых принимает рисполепт в дозе 4 мг/сут, в связи с развитием бреда преследования и зрительных галлюцинаций психиатром был назначен галоперидол (6 мг/сутки). На третий день приема галоперидола у пациента появились выраженная мышечная ригидность, полная обездвиженность, нарушения глотания. На следующий день присоединились боли в мышцах, лихорадка, гипергидроз, олигурия, а также спутанность сознания.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения данного больного?

Задача 48.

Мужчина, 42 года, жалобы на онемение, слабость и периодически возникающее ощущение жжения в мышцах плечевого пояса, которые беспокоят в течение последних 1,5-2 лет. Со слов больного, за это время неоднократно получал амбулаторное лечение по поводу шейного остеохондроза.

При неврологическом осмотре: черепные нервы без патологии, легкий вялый парапарез с гипотрофией мышц кисти и фасцикуляциями, сегментарные расстройства болевой и температурной чувствительности на уровне C2-D5 сегментов, сухожильные рефлексы в руках угнетены, D=S. В нижних конечностях сухожильные рефлексы высокие D=S с расширением рефлексогенных зон, патологические стопные знаки.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 49.

Мужчина, 38 лет, поступил по «скорой» в многопрофильную больницу с жалобами на внезапно возникшую слабость в левых конечностях.

Со слов больного, за месяц до возникновения слабости в левых конечностях появились головная боль в лобной области, головокружение, забывчивость.

В анамнезе: ОРВИ.

В неврологическом статусе: сглажена левая носогубная складка, снижен мышечный тонус в левых конечностях, левосторонний гемипарез до 3 баллов, с-м Бабинского слева, левосторонняя гемигипестезия.

Нейропсихологическое исследование: нарушение внимания, памяти, снижение речевой активности.

ЭКГ: синусовый ритм, вертикальное положение ЭОС.

Общий и биохимический анализы: без патологии.

Окулист: Глазное дно без патологии.

Анализ ликвора: давление 150 мм вод. ст., белок – 1,05 г/л, цитоз – 79 клеток в 1 мкл (лимфоциты).

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести больному?
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 50.

Женщина, 55 лет, в течение 6 месяцев нарастают затруднения при подъеме и спускании по лестнице, вставании со стула. Быстро устает при ходьбе, стирке, расчесывании волос. Кроме того, предъявляет жалобы на сухость и металлический вкус во рту, одышку. За последний год похудела на 15 кг.

При осмотре выявляются полуптоз, легкая двухсторонняя слабость мимических мышц, снижение силы в проксимальном отделе нижних конечностей до 4-х баллов. Чувствительность не нарушена. Сухожильные рефлексы с конечностей не вызываются.

При лабораторном исследовании активность мышечных ферментов не изменена.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 51.

Женщина, 28 лет, служащая. Госпитализирована в неврологическое отделение с жалобами на выраженные головные боли, не снимающиеся анальгетиками, снижение остроты зрения, нарушение сна, быструю утомляемость.

Из анамнеза: головные боли беспокоят около 2 лет, снижение остроты зрения появилось неделю назад. Наблюдается гинекологом по поводу фиброаденомы матки. Страдает ожирением.

В неврологическом статусе: аносмия справа, зрачки D=S, движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет, мышечный тонус не изменен, парезов нет, сухожильные рефлексы D=S, средней живости, патологических знаков нет.

Нейропсихологическое исследование: модально-неспецифические нарушения памяти.

Осмотр окулиста: снижение остроты зрения, побледнение дисков зрительных нервов.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 52.

Мальчик, 13 лет, учащийся средней школы, предъявляет жалобы на выраженную головную боль, головокружение, которое усиливается в положении стоя и иногда сопровождается рвотой.

В течение года отмечает неустойчивость при ходьбе. Наблюдался у невролога с диагнозом вегетативно-сосудистой дистонии. Назначалось лечение поливитаминами и сосудистыми препаратами. В течение последней недели неустойчивость при ходьбе наросла, в связи с чем был госпитализирован.

В неврологическом статусе. Заторможен. Зрачки D=S, движения глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм. Мышечный тонус снижен, особенно в ногах. Сухожильные рефлексы D=S, высокие, патологических знаков нет. Грубая мозжечковая атаксия.

Рентгенография черепа: узурированность заднего полукольца большого затылочного отверстия.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 53.

Женщина, 43 года. Жалобы на головные боли и головокружение.

Со слов родственников, около года стала неадекватной, могла в течение дня

перебирать вещи, периодически становилась агрессивной. Последние 2 месяца присоединилась неустойчивость при ходьбе.

В неврологическом статусе. Зрачки D=S, движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Мышечный тонус не изменен. Парезов нет. Сухожильные рефлексы D>S, с-м Бабинского справа. Лобная дисбазия.

Нейропсихологическое исследование: выраженные когнитивные нарушения, преимущественно с поражением лобных отделов.

Осмотр окулиста: атрофия диска зрительного нерва справа.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 54.

Мужчина, 32 года, госпитализирован в неврологическое отделение с жалобами на слабость в руках и ногах, неустойчивость при ходьбе.

Из анамнеза: в течение многих лет страдает хроническим гастритом с частыми обострениями. В последние 3 года нигде не обследовался и не лечился. Примерно месяц назад почувствовал неустойчивость при ходьбе, усиливающуюся в темноте, появилась неловкость при движениях в руках. В последние 2 недели присоединилась слабость в руках.

В неврологическом статусе. Черепные нервы – без патологии. Спастический тетрапарез (больше в нижних конечностях). Сухожильные периостальные рефлексы в руках – оживлены с 2-х сторон, в ногах – коленные и ахилловы угнетены. Симптом Бабинского с 2-х сторон. Координаторные пробы выполняет с дисметрией с 2-х сторон. Снижение глубоких видов чувствительности в дистальных отделах верхних и нижних конечностях. Изменение ходьбы по спастико-атаксическому типу.

МРТ спинного мозга: на верхнегрудном уровне в Т2 – взвешенных изображениях определяются гиперинтенсивные очаги.

В общем анализе крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты 3,4 х 10^{12}/л.

Вопросы:

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 55.

Мужчина, 45 лет, поступил в неврологическое отделение с жалобами на сильные боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в обе ноги, слабость в ногах, недержание мочи.

Из анамнеза. Несколько дней назад упал, ударившись спиной. После чего возникла умеренно выраженная боль в спине, на следующий день поднялась температура до 38,2°С, усилился болевой синдром и изменился его характер – боль стала иррадиировать в ноги. Еще через сутки присоединилась слабость в обеих ногах и недержание мочи.

В неврологическом статусе: Выраженная болезненность при пальпации остистых отростков позвонков L1-L2 с гиперемией и отеком в этой области. Нижний вялый парапарез. Коленные и ахилловы рефлексы угнетены с 2-х сторон. Положительный симптом Кернига и нижний симптом Брудзинского. Анестезия в аногенитальной зоне. Недержание мочи.

Клинический анализ крови: лейкоцитоз 16,0 х10^{9}/л., СОЭ – 19 мм в мин.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

3. Какова тактика лечения больного?

Задача 56.

Женщина, 20 лет. Жалобы на внезапные приступы потери сознания с судорогами, сопровождающиеся непроизвольным испусканием мочи.

Считает себя больной около 2 лет, когда впервые появились приступы с потерей сознания с генерализованными тонико-клоническими судорожными подергиваниями и испусканием мочи. Частота приступов 2-3 раза в год. Наследственность не отягощена.

Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.

Анализы крови и мочи без патологии.

ЭКГ без особенностей.

Осмотр окулиста: патологии не выявлено.

МРТ головного мозга: патологических изменений нет.

ЭЭГ: снижение порога судорожной готовности коры головного мозга.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 57.

Мужчина, 32 года. На работе в банке развился судорожный приступ с клоническими подергиваниями в правой кисти с распространением на всю руку, а затем присоединились насильственные движения в лице. Мужчина упал, головой не ударялся. Тонико-клонические судороги распространились на всю правую половину туловища. Прикусил язык и упустил мочу. Приступ продолжался около часа. Весь период приступа больной амнезировал. Приступ возник впервые. Госпитализирован машиной скорой помощи.

В анамнезе: месяц назад был избит неизвестными, на 15 минут терял сознание, была многократная рвота. За помощью не обращался, продолжал работать.

В неврологическом статусе: правосторонний гемипарез до 3 баллов, сухожильные рефлексы повышены D>S, с-м Бабинского справа.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 58.

Мужчина, 56 лет. Жалобы на скованность в руках и ногах, неустойчивость при ходьбе, головокружение, ощущение потемнения в глазах при резком переходе из горизонтального в вертикальное положение, учащенное мочеиспускание, слабость и чувство тяжести в животе после еды.

Около 2 лет назад впервые отметил замедление ходьбы, со временем стало трудно выполнять мелкую работу руками, вытирать ноги о половик, входить в общественный транспорт. Появилось пошатывание при ходьбе, учащенное мочеиспускание, быстро наросла общая слабость. При назначении леводопы первоначально отметил умеренный эффект, однако спустя 4 месяца эффект истощился.

В неврологическом статусе: замедление горизонтальных следящих движений, горизонтальный нистагм, речь тихая, монотонная, с элементами скандирования, мышечный тонус в конечностях повышен по пластическому типу, преимущественно в дистальных отделах, D>S. Сухожильные рефлексы оживлены D>S. При ходьбе широко расставляет ноги. Выраженные затруднения при тандемной ходьбе.

Нейропсихологическое исследование не выявило существенных нарушений.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 59.

Мужчина, 32 года. Жалуется на невнятную речь, замедленность движений, ощущение скованности в руках и ногах, непроизвольное зажмуривание и периодическое «выкручивание стоп». Считает себя больным в течение 6 лет. Начало заболевания со скованности в ногах, к которой постепенно присоединились остальные симптомы.

При осмотре: брадикинезия, гипомимия. Повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу. Тремор рук «покоя» и постуральный тремор. Блефароспазм и умеренная орофациальная дистония. При ходьбе – дистония правой стопы. Симптом Бабинского (+) слева. Спастико-гипокинетическая дизартрия.

МРТ в Т2 и FLAIR взвешенном изображении: симметричное повышение уровня сигнала от бледных шаров с двух сторон, окруженное зоной пониженного сигнала.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?

Задача 60.

Мужчина, 68 лет. Жалобы на слабость в руках и ногах, поперхивание при еде.

Впервые заметил слабость в ногах в 47 лет (стало трудно подниматься по лестнице, вставать со стула). В 54 года заметил похудание мышц бедер и плеч. Поперхивание при еде появилось 2 года назад. У старшего брата пациента отмечается легкая слабость в ногах в течение 2 лет.

При осмотре. Глоточные рефлексы низкие. Атрофия языка с фасцикулярными подергиваниями. Гипотрофия мышц туловища и проксимальных отделов конечностей. Распространенные фасцикулярные подергивания. Сухожильные рефлексы низкие. Чувствительных и координаторных нарушений нет. Патологических стопных знаков нет. Походка «утиная». Гинекомастия.

МРТ шейного отдела спинного мозга и ствола головного мозга патологии не выявила.

Вопросы и задания

1. Какие дополнительные методы исследования следует применить больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Задача 61.

Женщина, 65 лет. Жалобы на внезапное возникновение двоения в глазах, нечеткость зрения, поперхивания при еде, сухость во рту. В анамнезе – артериальная гипертензия.

При осмотре: состояние тяжелое, АД – 100/60 мм рт. ст., ЧСС 100 уд/мин. Зрачки широкие, отсутствуют реакции на свет, конвергенцию и аккомодацию, двусторонний птоз, корнеальный рефлекс отсутствует с двух сторон, дисфагия, дисфония, угнетение глоточных рефлексов. Парезов нет. Сухожильные рефлексы сохранены, патологических стопных и кистевых знаков нет. Чувствительность не нарушена.

На фоне вазоактивной и ноотропной терапии в течение 2-х суток состояние больной продолжало ухудшаться: развился парез шейных мышц, наросли дыхательные расстройства – дыхание стало поверхностным, неритмичным, одышка до 40/мин.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

3. Какова тактика лечения больной?

Задача 62.

Мужчина, 44 года. Доставлен в неврологическое отделение в связи с остро развившейся слабостью левых конечностей.

Последние восемь-десять лет беспокоят генерализованные головные боли (2-4 приступа в месяц) длительностью до суток, купирующиеся приемом анальгетиков. Головные боли иногда локализуются только в половине головы. За шесть месяцев до поступления был эпизод внезапной слабости в правых конечностях длительностью до 20 минут. Приступ застиг больного за едой и все это время он сидел за столом и не мог позвать на помощь.

Дополнительные данные: отец больного умер в 54 года от «сердца». Другой информации нет.

При неврологическом осмотре в неврологическом отделении был выявлен левосторонний спастический гемипарез, который регрессировал через двое суток.

При обследовании:

ОАК, ОАМ, стандартное биохимическое исследование крови без патологии.

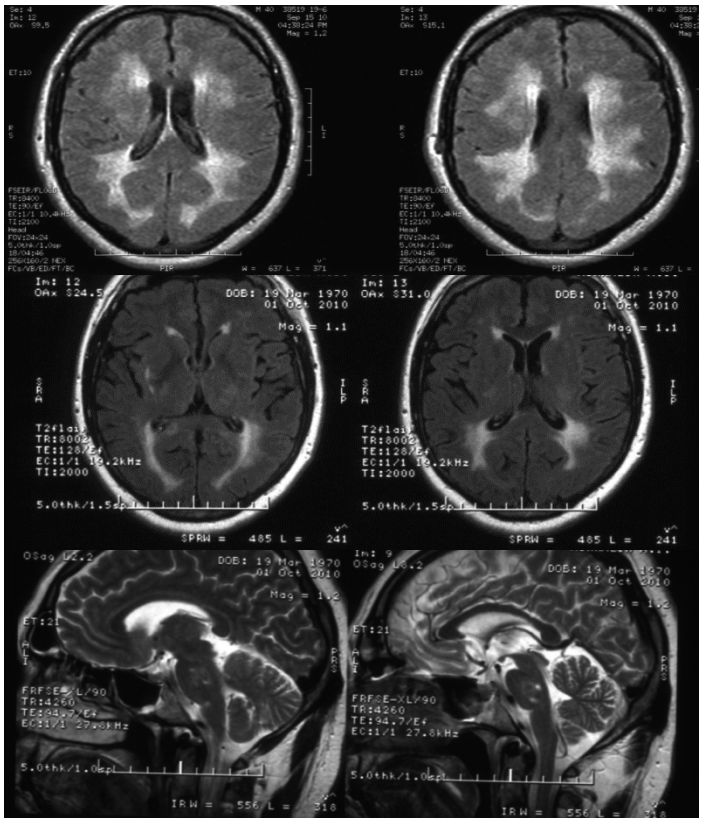
RW – отриц.

Глазное дно без патологии.

ЭКГ без патологии.

УЗДГ сосудов шеи без значимой патологии.

МРТ головного мозга:



Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования следует применить?
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 63.

Женщина, 40 лет. Доставлена в приемное отделение машиной «скорой помощи» с жалобами на интенсивную боль в левой половине грудной клетки, иррадиирующую в руку.

Больна вторые сутки. Подобное состояние возникло впервые. Болевой синдром развился подостро и нарастает. В первый день больная обращалась к врачу, была осмотрена и с подозрением на стенокардию направлена на электрокардиографию. После анализа ЭКГ патология коронарных сосудов исключена. Больной выдан листок временной нетрудоспособности и назначено амбулаторное лечение.

При осмотре: общее состояние больной удовлетворительное. Пульс ритмичный, 80 ударов в мин, АД – 130/80 мм рт. ст., температура тела 37,2°С. Функция черепных нервов не нарушена. Больная щадит левую руку, из-за боли ограничивает движения в плечевом суставе. Сила кистей равномерная, 5 баллов. Отмечается гипестезия с элементами гиперпатии в зоне иннервации 5-8 шейных и 1-3 грудных сегментов слева. На коже дельтовидной области видны отдельные и слитные пузырьковидные высыпания. Сухожильные рефлексы на руках слева ниже, чем справа, на ногах равномерные. Патологических рефлексов и менингеальных симптомов нет.

На рентгенограмме шейного и грудного отделов позвоночника костно-деструктивных изменений не обнаружено.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больной?
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 64.

Женщина, 50 лет. В течение 10 лет наблюдается психиатром по поводу выраженной депрессии с суицидальными мыслями. В течение 8 лет периодически принимает типичные нейролептики (галоперидол, трифтазин), а также антидепрессант амитриптилин. В течение последнего года появились скованность и замедленность движений, тремор покоя рук и непроизвольные движения в мышцах лица и языка.

При осмотре неврологом выявлено: брадикинезия, повышение мышечного тонуса по пластическому типу во всех группах мышц, тремор покоя в обеих руках, брадибазия, оромандибулярная дискинезия и блефароспазм. Постуральной нестабильности нет.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика лечения больной?

Задача 65.

Мужчина, 45 лет. Жалобы на затруднения засыпания и нарушения сна с частыми просыпаниями в связи с неприятными ощущениями (парастезиями) в ногах. Неприятные ощущения в ногах возникают в положении лежа в вечернее время и проходят при физической активности (ходьбе).

Болен в течение 10 лет, с периодами улучшения. В течение последнего года состояние ухудшилось, участились ночные просыпания, и неприятные ощущения в ногах стали возникать и в дневное время. Со слов жены у больного отмечаются непроизвольные движения ног во сне. Принимал феназепам без особого эффекта.

При осмотре: очаговой неврологической симптоматики нет.

Вопросы и задания

1. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести больному?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больного?

Задача 66.

Женщина, 40 лет, страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала.

При осмотре. Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. Ригидности мышц затылка нет. Симптом Кернига нерезко выражен с обеих сторон. Зрачки расширены. Реакция зрачков на свет отсутствует. Маятникообразное, медленное движение глаз в горизонтальном направлении – «плавающие глаза». На уколы лица не реагирует. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа – ослаблен, опущен левый угол рта. Симптом «паруса» левой щеки. Из правого угла рта выделяется пенистая слюна. Руки приведены к туловищу, кисти согнуты и пронированы, пальцы собраны в кулаки. Ноги вытянуты, повышение мышечного тонуса в разгибателях. Периодически тонус снижается и отмечается двигательное беспокойство правой руки и ноги, поднятые левая рука и нога падают, как плети. На уколы туловища не реагирует. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон. В ответ на раздражение эфиром, уколом или при резком сгибании пальцев стопы, происходит «тройное сгибание» ног.

Во время осмотра была рвота. Пульс 106 ударов в минуту, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД 230/120 мм рт. ст. Температура тела 38,7°С. Лейкоцитоз $12,6*10^9$/л.

Через несколько часов после поступления состояние резко ухудшилось: температура тела повысилась до 40°С, диффузный гипергидроз, кисти рук и стопы цианотичны, холодные, дыхание Чейн-Стокса, пульс 120 в мин., слабого наполнения, АД 180/105 мм рт. ст., гипертония мышц сменилась гипотонией (более выраженной в левой руке и левой ноге), сухожильные рефлексы исчезли, развился отек легких.

Вопросы и задания

1. Установите и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие методы исследования необходимо провести?
3. Укажите принципы терапии.

Задача 67.

Мужчина, 21 год. Доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» из института. Жалобы на головную боль, тошноту, рвоту, боли в пояснице, грудной клетке.

Заболел остро. На третьей паре закружилась голова, была рвота. При направлении температура тела 38°С. Четверо однокурсников болеют острым респираторным заболеванием.

При осмотре: сознание ясное, но в контакт вступает неохотно. Лежит на боку, запрокинув голову, стонет, наблюдается повторная рвота. Лицо бледное. Пульс 60 ударов в мин., ритмичный. Тоны сердца звучные. Дыхание свободное, ритмичное, 18 в мин. Сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены. Температура тела 38,5°С. Зрачки одинаковые. Горизонтальный нистагм глазных яблок. Повышенная чувствительность к свету и звуку. Движения конечностей в полном объеме, тонус мышц несколько повышен в сгибателях. Гиперестезия кожных покровов. Сухожильные рефлексы равномерно снижены. Патологический рефлекс Оппенгейма с обеих сторон. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца, симптом Кернига под углом 90°, выражен симптом Брудзинского (верхний и нижний).

Глазное дно: диски зрительных нервов гиперемированы, границы их четкие, калибр сосудов не изменен

Осмотр отоларинголога: выраженные явления назофарингита.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, корни структурные, тень средостения не изменена.

Анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $4,0*10^9$/л, СОЭ – 4 мм/ч.

Люмбальная пункция: ликвор прозрачный, бесцветный, вытекает под давлением более 300 мм.вод.ст., белок – 0,66 г/л, цитоз – 200 (лимфоциты – 100%), глюкоза – 3,3

ммоль/л, хлор – 211,5 ммоль/л.

Вопросы и задания

1. Установите и обоснуйте клинический диагноз.
2. Укажите принципы терапии.

Задача 68.

Мужчина, 38 лет. Доставлен из районной больницы самолетом на 4-е сутки заболевания. В выписке из истории болезни указано: работает пастухом, заболел остро. Заболевание началось с озноба, повышения температуры тела до 39°С, головной боли, рвоты, спутанности сознания, бреда. На третьи сутки отмечено нарушение движений в руках, появилось стойкое расстройство дыхания. Направлен для уточнения диагноза и дальнейшего лечения.

При осмотре. Температура тела 38°С. Дыхание с элементами периодизации, 24 дыхательных движения в одну минуту. Пульс ритмичный, 120 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, АД – 140/90 мм рт. ст.

Неврологический статус: делириозное сознание, возбуждение, галлюцинации. Ригидность мышц затылка 2 поперечных пальца, симптом Кернига под углом 90°С. Детальный осмотр функций черепных нервов затруднен. Зрачки умеренно сужены. Дизартрия, поперхивается при глотании. Снижен тонус мускулатуры плечевого пояса. Резко ограничены движения в руках. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей не вызываются, коленные и ахилловы оживлены. С обеих сторон определяется патологический рефлекс Бабинского.

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно розовые, границы их четкие, артерии обычного калибра, вены полнокровные.

ЭКГ ритм синусовый, тахикардия, ЧСС 120 уд/мин, нарушение восстановительных процессов в миокарде.

Анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $15{,}0*10^9$/л, СОЭ – 40 мм/ч, глюкоза – 6,7 ммоль/л.

Люмбальная пункция: ликвор прозрачный, бесцветный, вытекает струей; белок – 1,32 г/л, цитоз – 200 (лимфоциты – 93%), глюкоза – 4,44 моль/л, хлор – 211,5 ммоль/л. Кровь направлена на вирусологическое исследование.

Вопросы и задания

1. Установите и обоснуйте клинический диагноз.
2. Укажите принципы терапии.

Задача 69.

Женщина, 22 года, штукатур. После заболевания, сопровождавшегося головной болью и повышением температуры до 37,6-37,8°С, ослеп правый глаз. По поводу ретробульбарного неврита правого зрительного нерва лечилась в клинике глазных болезней. Острота зрения восстановилась до 0,7. Спустя 4 года зимой появилось пошатывание при ходьбе в обе стороны, изменился почерк. Временами наступало значительное улучшение: исчезало пошатывание при ходьбе, почерк улучшался. Летом того же года появилась слабость ног, стала жаловаться на двоение перед глазами, изменилась речь.

При осмотре: Диски зрительных нервов бледно-серого цвета. Границы их нечеткие. Артерии сужены, вены нормального калибра. Острота зрения обоих глаз 0,7. Зрачки равны, круглой формы. Реакция зрачков на свет, прямая и содружественная, отчетливая. Реакция зрачков на конвергенцию сохранена. Внутреннее косоглазие левого глаза. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм вправо, влево – мелкоразмашистый нистагм. Чувствительность кожи лица не нарушена. Жевательные движения свободные. Асимметрии лица нет. Фонация и глотание не нарушены. Язык высовывает по средней линии. Движения во всех суставах рук совершает в полном объеме, мышечная сила

хорошая, тонус мышц равномерно понижен. Атаксия при пальценосовой пробе, интенционное дрожание, адиадохокинез, гиперметрия с обеих сторон. Симптом Ромберга положительный. При ходьбе широко расставляет ноги, пошатывается, шаркает ногами. Объем движений ног ограничен, преимущественно в голеностопных суставах и пальцах. Сила равномерно снижена. Тонус повышен в мышцах разгибателях. Пяточно-коленную пробу проверить не удалось из-за слабости ног. Все виды поверхностной чувствительности сохранены. Понижена вибрационная чувствительность до коленных суставов обеих ног. Рефлексы с двух- и трехглавой мышц равномерны, карпорадиальные – живые. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, равны. Иногда наблюдается маятникообразная модификация коленных рефлексов. Клонус стоп, симптомы Россолимо, Жуковского, Оппенгейма, Бабинского с обеих сторон. Брюшных и подошвенных рефлексов нет. Речь замедленная, слова произносит не слитно, а по слогам.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите принципы ведения данной больной.

Задача 70.

Женщина, 68 лет. Поступила в клинику по поводу остро развившейся слабости в левых конечностях.

Внезапно на фоне повышения АД до 230/120 мм рт. ст. («рабочее» 150/90 мм рт. ст.), почувствовала слабость в левых конечностях. 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.

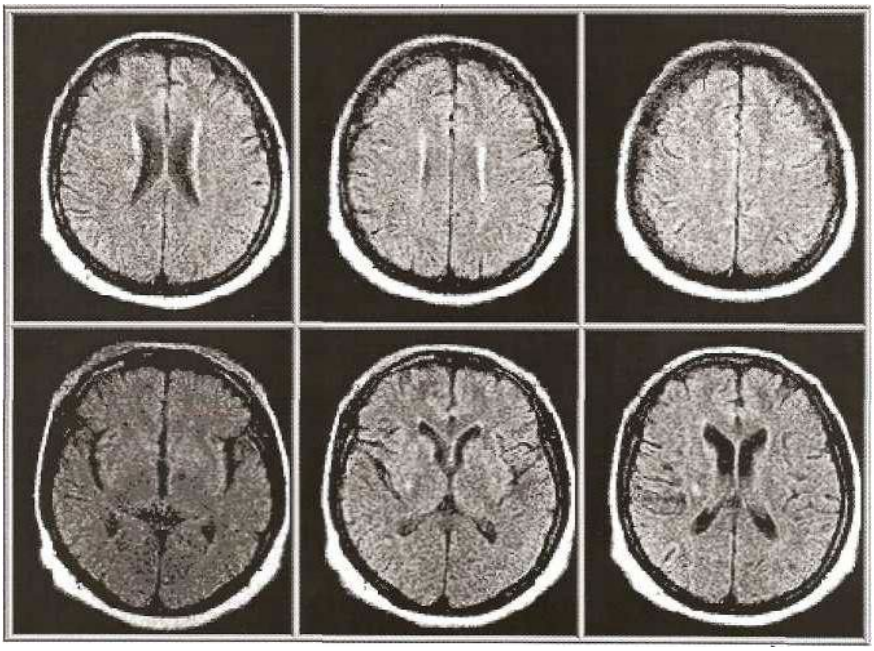
При поступлении у больной АД 230/110 мм рт. ст., пульс 80 в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно шумов на артериях шеи не выслушивается.

Больная в сознании. Менингеального синдрома нет. Речевых нарушений нет. 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).

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 левого желудочка.

УЗДГ: Данных за стенозы магистральных артерий головы нет.



Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика ведения больной?

Задача 71.

Мужчина, 62 года. В травматологическом пункте, во время снятия гипса по поводу перелома правой пястной кости, остро развились нарушения речи, слабость в правой руке, спустя 20 минут в правой ноге. Двигательные нарушения максимально наросли в течение часа.

В анамнезе 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.

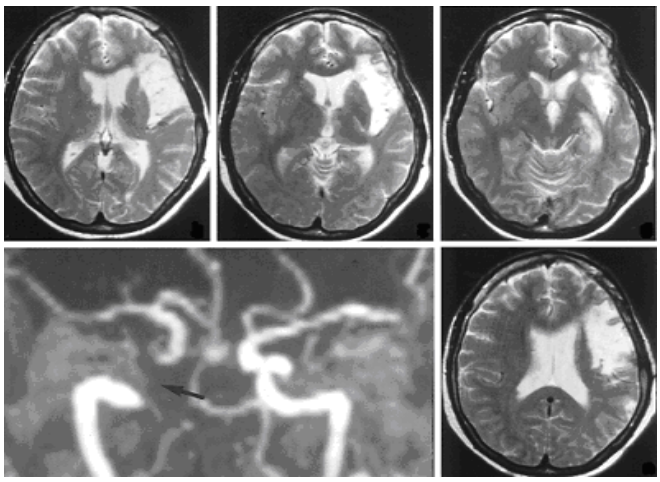
При поступлении. АД 170/90 мм рт. ст., пульс 76 ударов в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно слева над проекцией внутренней сонной артерии выслушивается систолический шум. Снижена пульсация на обеих a. dorsalis pedis.

Больной в ясном сознании. Спонтанная речь затруднена, малопонятна. Обращенную речь понимает не в полном объеме, выполняет только простые инструкции. Парез мимических мышц по центральному типу справа. Язык девиирует 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.

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

УЗДГ: 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.



Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика ведения больного?

Задача 72.

Женщина, 32 года. Неожиданно почувствовала нарастающую боль в правой половине головы, ранее себя считала здоровой. Головная боль сохранялась в течении 3-х дней и несколько уменьшалась после приема анальгетиков. На 4-й день развилась слабость в левых конечностях, сохранялась головная боль.

При поступлении: левосторонний гемипарез. Со стороны внутренних органов патологии нет.

Биохимические показатели крови без патологии.

КТ головного мозга: ишемический очаг в бассейне правой средней мозговой артерии.

Каротидная ангиография:



Вопросы и задания

1. Дайте оценку результатам ангиографии.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика ведения больной?

Задача 73.

Женщина, 32 года. На фоне головокружения 4 часа назад появилась слабость в правых конечностях, которая держалась 2 часа. Последние 5 лет беспокоят частые обмороки и преходящие нарушения зрения («туман», «вспышки»).

При осмотре неврологической симптоматики нет. Пульс на левой лучевой артерии

не определяется.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие методы исследования необходимо применить?
3. Какова тактика ведения больной?

Задача 74.

Мужчина, 32 года. Житель сельской местности жалуется на диффузную головную боль, невозможность полностью закрыть левый глаз, «перекос рта». Данные явления возникли остро. Боли и онемения в лице нет. Более чем за меся до появления вышеперечисленных жалоб пациент заметил покраснение кольцевидной формы на наружной поверхности правой голени, которое исчезло самостоятельно.

В анамнезе у больного сахарного диабета и диффузных заболеваний соединительной ткани не отмечено.

При осмотре: парез лицевого нерва слева, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига с двух сторон.

Вопросы и задания

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести данному больному?
3. Какова тактика лечения данного больного?

Задача 75.

Женщина, 28 лет, перенесла ангину, сопровождавшуюся болями в горле при глотании, лихорадкой. Лечилась дома антибиотиками. Через 2 недели состояние улучшилось, и она была выписана на работу. Еще через 3 недели появились нарушения глотания и речи, зрения (невозможность чтения на близком расстоянии), возникло ощущение «ползанья мурашек» в кистях и стопах, резкое пошатывание при ходьбе, особенно при плохом освещении помещения. Госпитализирована.

При осмотре: зрачки равны, фотореакции живые, парез аккомодации, нарушение вкуса на передних 2/3 языка справа, жидкая пища при глотании попадает в нос, дизартрия, небная занавеска свисает над корнем языка с двух сторон. Глоточные рефлексы отсутствуют. Снижение силы кистей и стоп. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Гипальгезия в виде «носков и перчаток». Грубое нарушение мышечно-суставного чувства. Атаксия при выполнении пяточно-коленной пробы с двух сторон. При ходьбе отмечается степпаж. Пошатывается. Выключение контроля зрения резко усиливает неустойчивость при ходьбе.

Вопросы и задания

1. Какие дополнительные методы исследования следует применить больной?
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика лечения больной?