

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
 Н.И. Свиридова
«27» июня 2024 г.
ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
Института НМФО
№18 от «27» июня 2024 г.

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации
обучающихся по практикам**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.42 Неврология**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-невролог**

**Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской
реабилитации Института НМФО**

Форма обучения: очная

Срок обучения: 2 года

Для обучающихся 2023, 2024 годов поступления
(актуализированная редакция)

Волгоград 2024 г.

Разработчики программы:

	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Барулин Александр Евгеньевич	Заведующий кафедрой, профессор	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
2.	Курушина Ольга Викторовна	Профессор кафедры	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
3.	Гордеева Ирина Евгеньевна	Доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
4.	Клаучек Анжелика Евгеньевна	Доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
5.	Калинченко Богдан Максимович	Ассистент		Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 7 от «28» мая 2024 года Заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации института НМФО, д.м.н., доцент  Барулин А.Е.

Рецензенты:

Главный внештатный специалист-невролог Северо-Западного федерального округа РФ, заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова д.м.н., профессор Баранцевич Е. Р.

Главный внештатный специалист невролог по СКФО, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СтавГМУ, д.м.н., профессор Карпов С.М.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от «27» июня 2024 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики  М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО ВолгГМУ протокол № 18 от «27» июня 2024 года

Секретарь Ученого совета



/ М.В. Кабытова/

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ

Фонд оценочных средств для базовой части производственной (клинической) практики по неврологии (2268ч)

Темы индивидуальных заданий¹

1. определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного;
2. провести дифференциальную диагностику основных неврологических заболеваний, обосновать клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);
3. разработать схему, план и тактику ведения больного в сложных клинических случаях, обосновать дифференциальный диагноз, клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), обосновать показания и противопоказания к назначению терапии;
4. определить необходимость специальных методов исследования (МРТ, ЭЭГ, люмбальной пункции, функциональных, лабораторных, рентгенологических), организовать их выполнение и провести интерпретацию их результатов;
5. выявить возможные причины неврологического заболевания: применить объективные методы обследования больного, выявлять характерные признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии;
6. оценить тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи больным менингитами и энцефалитами; перечислить противоэпидемические мероприятия в очаге;
7. организовать неотложную помощь в экстренных случаях, методы оказания неотложной помощи при острых состояниях в неврологии (ОНМК, ЧМТ, эпилепсия, эпилепсия и др.);
8. выработать план ведения больного в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационаре, определить необходимость применения специальных методов обследования;
9. интерпретировать результаты лабораторно-клинических методов исследования;
10. интерпретировать результаты специальных методов исследования (ультразвуковые, КТ, МРТ, рентгенологические и др.);
11. определять динамику течения болезни и ее прогноз ;

- 12.определить вопросы трудоспособности больного (временной или стойкой нетрудоспособности), перевода на другую работу;
13. осуществлять меры по комплексной реабилитации больного;
14. организовывать и проводить образовательные программы для больных неврологическими заболеваниями;
- 15.организовать и провести медицинский профосмотр населения в качестве врача-невролога;
16. проводить санитарно-просветительную работу среди населения;
17. оформлять необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- 18.дать понятие методам обезболивания в неврологии, обосновывать назначение различных методов обезболивания и выбрать наиболее оптимальные;
- 19.обосновывать назначение локальных методов терапии боли и выбрать наиболее оптимальные;
- 20.провести дифференциальную диагностику неврологических заболеваний с заболеваниями терапевтического профиля, ЛОР-органов, органов зрения, стоматологических, психиатрических и инфекционных заболеваний; организовать перевод больных в профильные больницы и стационары;
- 21.использовать методики распознавания и лечения следующих неотложных состояний: анафилактический шок, инфаркт миокарда, инсульт, черепно-мозговая травма, «острый живот», внематочная беременность, гипогликемическая и гипергликемическая кома, клиническая смерть;
- 22.организовать комплексную реабилитацию больных неврологическими заболеваниями в стационарных, амбулаторных условиях;
- 23.правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни неврологического больного;
- 24.правильно и максимально полно собрать генеалогический анамнез и составить родословную;
- 25.выявить характерные признаки имеющегося неврологического заболевания, в том числе у лиц молодого возраста и у пожилых;
- 26.обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований;
- 27.оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, мокроты и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности;
- 28.обосновать показания к назначению больному неврологическим заболеванием НПВС, миорелаксантов, адьювантных анальгетиков, антибактериальных препаратов, антихолинэстеразных препаратов, глюкокортикостероидов;

29. разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии при различных неврологических заболеваниях;
30. провести комплексное лечение больного с учетом соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, заместительную и поддерживающую терапию, физиотерапию.

Вопросы для устного собеседования

1. Порядок оказания помощи больным с неврологическими заболеваниями. Положения об организации деятельности отделения неврологии.
2. Стандарты оснащения кабинета врача-невролога поликлиники.
3. Медицинская экспертиза больных с неврологическими заболеваниями.
4. Правила выполнения, показания и противопоказания для проведения люмбальной пункции.
5. Боль. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы. Острая и хроническая боль. Ноцицептивная и невропатическая боль. Висцеральные боли. Отраженные боли. Психогенные боли. Методы оценки боли.
6. Головокружение. Центральные и периферические системы контроля равновесия и ориентации тела в пространстве. Системное и несистемное головокружение. Диагностика, подходы к терапии.
7. Повышение внутричерепного давления. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Гидроцефалия. Наружная и внутренняя. Открытая и закрытая. Диагностика, подходы к терапии.
8. Нарушения сознания. Пароксизмальное утрата сознания и длительное (перманентное) изменение сознания: спутанность сознания, оглушение, делирий, сопор, кома. Виды ком. Шкала Глазго. Акинетический мутизм. Хроническое вегетативное состояние. Смерть мозга. Синдром «запертого человека». Диагностика, подходы к терапии.
9. Стояние и ходьба. Способы измерения равновесия и ходьбы (клинические шкалы, стабиллография, видеокинематический анализ ходьбы). Клинические варианты нарушений ходьбы (дисбазия) и стояния (астазия).
10. Методикой исследования функции ЧМН. Поражения ЧМН - мононейропатии, синдромы сочетанного поражения ЧМН, полинейропатии с поражением ЧМН, бульбарный и псевдобульбарный синдром, синдром верхней глазничной щели, ММУ, альтернирующие синдромы. Дополнительные методы обследования для верификации диагноза.

11. Методика исследования координации движений и равновесия. Виды атаксий. Дифференциальная диагностика.
12. Методика исследования функции экстрапирамидной системы. Основные симптомы и синдромы поражения экстрапирамидной системы. Дифференциальная диагностика.
13. Методикой исследования гнозиса. Виды агнозий. Дифференциальная диагностика.
14. Методика исследования праксиса. Виды апраксий. Дифференциальная диагностика.
15. Методика исследования речи, дифференцирования различных видов афазий, дизартрии.
16. Методика исследования когнитивных функций, дифференцирование различных видов когнитивных нарушений. Понятие о нейропсихологическом тестировании. Основные тесты и шкалы для дифференциальной диагностики деменций и др. когнитивных расстройств.
17. Методика выявления очаговых симптомов поражения нервной системы у больных, находящихся в коматозном состоянии. Дифференциальная диагностика ком.
18. Методика исследования произвольных движений и оценки степени пареза, дифференциальной диагностики центральных и периферических парезов (параличей). Методика исследования патологических рефлексов.
19. Методика исследования функции глазодвигательных нервов, зрачковых реакций. Синдром верхней глазничной щели, одиночные и сочетанные поражения глазодвигательных нервов, синдром Клода-Бернара-Горнера, синдром Пюрфур-дю-Пти. Дифференциальная диагностика.
20. Методика исследования зрительного, обонятельного, вкусового анализатора. Симптомы и синдромы их поражения. Показания для консультирования больного врачами смежных специальностей.
21. Методика исследования вегетативных функций (дермографизм, проба Даньини-Ашнера и др. Симптомы и синдромы вегетативных нарушений. Дифференциальная диагностика.
22. Методикой исследования менингеальных симптомов. Тактика врача при обнаружении менингеального синдрома.
23. Методика исследования болевых точек (паравертебральные, Эрба, Вале, Гара) и симптомов натяжения.
24. Методика составления родословной и определения типа наследования заболевания в семье.
25. Назовите клиническую классификацию инсультов. Принципы исследования больного с церебро-васкулярным заболеванием, параклинические методы диагностики. Транзиторная ишемическая атака. Этиология, лечение и профилактика.

26. Ишемический инсульт. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Этиология, лечение и профилактика. Принципы ухода за больными.
27. Геморрагический инсульт. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Этиология, лечение и профилактика. Принципы ухода за больными.
28. Хроническая ишемия мозга. Этиология, лечение и профилактика. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).
29. Субарахноидальное кровоизлияние. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Этиология, лечение и профилактика. Принципы ухода за больными.
30. Перечислите причины возникновения острой и хронической боли, их клинические особенности и подходы к терапии.
31. Классификации опухолей ЦНС. Особенности течения, симптомы и синдромы супра- и субтенториальных, конвекситальных и глубинных опухолей, опухолей средней линии. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).
32. Экстренные, срочные и относительные показания к операции при опухолях ГМ. Типы операций (радикальные тотальные и субтотальные, частичные, паллиативные, пластические, противоболевые). Принципы ухода за больными в постоперационном периоде.
33. Клиника опухолей спинного мозга и прилежащих образований: корешково-оболочечные, проводниковые и сегментарные симптомы. Принципы ухода за больными в постоперационном периоде.
34. Клиника и диагностика опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста. Особенности течения интрамедуллярных опухолей и экстрамедуллярных опухолей (интра- и экстрадуральных). Принципы ухода за больными в постоперационном периоде.
35. Опухоли спинного мозга. Показания к операции, основные типы операций. Лучевое и медикаментозное лечение. Принципы ухода за больными в постоперационном периоде.
36. Менингиты: гнойные и серозные; острые и хронические (арахноидиты). Этиология, патогенез. Менингизм.

- Противоэпидемические мероприятия в очаге при подозрении на эпидемические менингиты, энцефалиты.
37. Клинические критерии диагностики рассеянного склероза: по Позеру, Мак Доналду – достоверный, вероятный, возможный. Шкала инвалидности Куртцке. Параклинические критерии – МРТ, иммуноликвородиагностика, вызванные потенциалы.
 38. Рассеянный склероз. Особенности лечения в период обострений и профилактика обострений методами длительной иммунокоррекции.
 39. Энцефалиты – острые и хронические. Классификация. Противоэпидемические мероприятия в очаге при подозрении на эпидемические менингиты, энцефалиты.
 40. Клещевой и комариный энцефалиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика.
 41. Энцефалит Экономо. Этиология, патогенез, лечение и профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге при подозрении на эпидемические менингиты, энцефалиты.
 42. Герпетический энцефалит. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
 43. Туберкулезные поражения нервной системы (менингиты, энцефаломиелиты, менингомиелиты, туберкулема), поражение позвоночника. Патогенез, лечение и профилактика
 44. Грибковые поражения нервной системы. Грибковые менингиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
 45. Поражения нервной системы при опоясывающем лишае; постгерпетическая невралгия. Патогенез, лечение и профилактика
 46. СПИД и нервная система. Классификация поражений. Патогенез, лечение и профилактика.
 47. Дифференциальный диагноз рассеянного склероза: острые рассеянные энцефаломиелиты (первичный и вакцинальный), лейкоэнцефалиты (лейкоэнцефалит Шильдера), панэнцефалит (Ван-Богарта). Лейкодистрофии и лейкоэнцефалопатии. Клиника, диагностика, лечение
 48. Особенности поражения центральной и периферической нервной системы при ботулизме. Тактика врача при поступлении больного с подозрением на ботулизм.
 49. Травматическое поражение нервной системы. Виды черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (закрытая, открытая; проникающая и непроникающая). Основные симптомы и синдромы. Диагностика.
 50. Классификация черепно-мозговых травм. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Сотрясение мозга. Клиника, диагностика, лечение. Клиника, диагностика, лечение.

51. Ушиб мозга легкой степени. Ушиб мозга средней степени. Тяжелый ушиб головного мозга. Клиника, диагностика, лечение. Принципы ухода за больными.
52. Сдавление мозга на фоне его ушиба. Сдавление мозга без сопутствующего ушиба. Клиника, диагностика, лечение. Принципы ухода за больными.
53. Периодизация ЧМТ (острый период, промежуточный, период отдаленных последствий). Тяжесть ЧМТ (рубрификация). Тяжесть состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное) и критерии ее оценки (состояние сознания, степень нарушения витальных функций, выраженность неврологической симптоматики).
54. Спинальная травма. Травма периферических нервов. Клиника, диагностика, лечение. Принципы ухода за больными.
55. Патология ликвороциркуляции. Открытая и закрытая гидроцефалия. Отек и набухание головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
56. Нормотензивная гидроцефалия. Клиника, диагностика, лечение.
57. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Клиника, диагностика, лечение.
58. Нервно-мышечные заболевания. Прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД). X-сцепленные Дюшенна и Беккера и другие. Клиника, диагностика, лечение.
59. Аутосомные ПМД – лицелопаточно-плечевая Ландузи-Дежерина, скапуло-перонеальная Давиденкова, конечностно-поясная Эрба-Рота, дистальные и окулофарингеальные формы.
60. Спинальные амиотрофии. Проксимальные спинальные амиотрофии детского возраста– 1, 2, 3 типа и взрослых. Клиника, диагностика, лечение.
61. Миастения и миастенические синдромы. Клиника, диагностика, лечение.
62. Клиническая диагностика миастении (синдром патологической мышечной утомляемости). Параклиническая диагностика миастении (прозериновая проба, ЭНМГ, иммунодиагностика, исследование вилочковой железы). Лечение миастении- лекарственное и хирургическое.
63. Миастенический и холинергический криз, принципы лечения. Конечностно-поясная миастения и миастения новорожденных. Клиника, диагностика, лечение.
64. Миастенические и миастеноподобные синдромы: синдром Ламберта-Итона, семейная инфантильная миастения, врожденная миастения, лекарственная миастения и др. Клиника, диагностика, лечение.
65. Миотонии: дистрофическая, врожденная (Томсена и Беккера), ремиттирующая (при избытке калия). Клиника, диагностика, лечение.

66. Периодические параличи: семейный гиперкалиемический, семейный гипокалиемический, семейный нормокалиемический, симптоматические. Миоглобинурия. Клиника, диагностика, лечение.
67. Заболевания периферической нервной системы. Нейропатии: сенсорные, моторные, вегетативные, смешанные. Аксонопатии, миелинопатии. Принципы ЭНМГ-диагностики. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).
68. Полиневропатии наследственные (НМСН Шарко-Мари-Тута, со склонностью к параличам от давления, синдром Русси-Леви, сенсорно-вегетативные, болезнь Фабри, порфиридная и др.). Клиника, диагностика, лечение.
69. Полинейропатии идиопатические воспалительные (синдромы Гийена-Барре и Фишера, ХВДП, мультифокальная с блоками проведения). Клиника, диагностика, лечение.
70. Полиневропатии при соматических заболеваниях (диабетическая, уремическая, парапротеинемическая, при коллагенозах и васкулитах, паранеопластическая, критических состояний). Клиника, диагностика, лечение.
71. Полинейропатии токсические (алкогольная, мышьяковая, при отравлении ФОС, свинцовая, изониазидная и др.). Клиника, диагностика, лечение.
72. Плексопатии плечевая (травматическая, неопластическая, лучевая). Синдром Персонейджа-Тернера. Синдром верхней апертуры грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение.
73. Плексопатия пояснично-крестцовая. Клиника, диагностика, лечение.
74. Краниальные невропатии. Множественная краниальная невропатия. Синдром болевой офтальмоплегии. Синдром Гарсена. Клиника, диагностика, лечение.
75. Туннельные невропатии. Клиническая картина и диагностика туннельных невропатий отдельных нервов. Синдромы мышечных лож. Клиника, диагностика, лечение.
76. Туннельные невропатии. Принципы диагностики, консервативное лечение и показания к хирургическому лечению. Клиника, диагностика, лечение.
77. Вертеброгенные поражения периферической нервной системы (рефлекторные мышечно-тонические, компрессионно-ишемические радикуло-миелопатические синдромы). Миофасциальный болевой синдром. Клиника, диагностика, лечение.
78. Комплексный регионарный болевой синдром (рефлекторной симпатической дистрофии). Клиника, диагностика, лечение.

79. Боковой амиотрофический склероз. Особенности клинического течения различных форм БАС. Клинические и ЭНМГ-критерии диагностики БАС. Клиника, диагностика, лечение.
80. Синдромы БАС (спондилогенная миелопатия, прогрессирующие спинальные амиотрофии, при инфекциях, интоксикациях, пострадиационная миелопатия, мультифокальная двигательная невропатия с блоками проведения, паранеопластический синдром и другие). Симптоматическое лечение БАС.
81. Дегенеративные заболевания ЦНС с преимущественным поражением пирамидной системы и мозжечка: наследственная спастическая параплегия (изолированная и спастическая параплегия-плюс). Клиника, диагностика, лечение.
82. Спиноцеребеллярные дегенерации: наследственные спиноцеребеллярные атаксии (болезнь Фридрейха, наследственная витамин-Е дефицитная атаксия, аутосомно-доминантные спиноцеребеллярные атаксии 1-13 типов, эпизодические атаксии, с-м Маринеску-Шегрена). Клиника, диагностика, лечение.
83. Врожденная гипоплазия мозжечка. Спорадические формы спиноцеребеллярных дегенераций. Клиника, диагностика, лечение.
84. Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма (прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемная атрофия, кортико-базальная дегенерация). Лекарственное и хирургическое лечение болезни Паркинсона, осложнения фармакотерапии.
85. Тремор. Классификация (покоя, постуральный, кинетический). Эссенциальный тремор. Клиника, диагностика, лечение
86. Дистонии. Принципы классификации. Клиническая диагностика дистоний. Лекарственное и хирургическое лечение. Клиника, диагностика, лечение. Лечение ботулотоксином.
87. Хорея Гентингтона и другие хорей (сенильная, малая, лекарственная, синдром хорей-акантоцитоз, доброкачественная, синдром Леша-Нихена). Клиника, диагностика, лечение
88. Миоклонус (корковый, стволово-подкорковый, сегментарный, периферический). Клиника, диагностика, лечение
89. Первичный и вторичный миоклонус. Эпилептический миоклонус. Миоклонус–эпилепсия. Стартл-синдром и гиперэксплексия. Клиника, диагностика, лечение
90. Тики и синдром Туретта. Клиника, диагностика, лечение
91. Лекарственные дискинезии (нейролептические и другие). Клиника, диагностика, лечение
92. Головные боли. Классификация и диагностические критерии первичных и симптоматических головных болей (симптомы «опасности»). Дифференциальная диагностика. Методы исследования.

93. Мигрень без ауры и мигрень с аурой. Виды аур. Дифференциальная диагностика мигрени с аурой с ТИА и др. органическими неврологическими заболеваниями. Клиника, диагностика, лечение.
94. Мигренозный статус и другие осложнения мигрени. Возрастные особенности мигрени. Клиника, диагностика, лечение мигрени.
95. Первичные сосудистые головные боли (пучковая, ХПГ). Классификация. Клиника, диагностика, лечение
96. Головные боли напряжения: эпизодические и хронические: с напряжением и без напряжения перикраниальных мышц.
97. Симптоматические головные боли. Гипертензионные ГБ, посттравматические ГБ: острые и хронические. Головные боли при артериальной гипертензии. ГБ при метаболических расстройствах: гиперкапния и гипокапния.
98. Абузусные головные боли, обусловленные злоупотреблением анальгетиков. Принципы ведения больных с абузусной головной болью.
99. Цервикогенная ГБ. Клиника, диагностика, лечение.
100. Невралгия тройничного и языкоглоточного нервов. Периферические и центральные факторы патогенеза. Методы консервативного и хирургического лечения.
101. Миофасциальная лицевая болевая дисфункция. Патогенетическое значение нарушений прикуса и дисфункции ВНЧС. Ортопедическая коррекция и фармакологическое лечение.
102. Болевая офтальмоплегия. С-м Толосы – Ханта. Головные и лицевые боли, связанные с заболеванием глаз (глаукома) и ЛОР – органов (воспаление придаточных пазух, уха). Клиника, диагностика, лечение
103. Эпилепсия. Основные механизмы эпилептогенеза. Эпилептические припадки (генерализованные, парциальные). Стандарт ведения пациента с первым эпилептическим припадком.
104. Эпилепсии и эпилептические синдромы. Парциальные эпилепсии (симптоматические, идиопатические). Темпоральные и экстратемпоральные неокортикальные эпилепсии. Клиника, диагностика, лечение
105. Генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы. Возрастозависимые идиопатические эпилептические синдромы. Криптогенные и симптоматические, связанные с возрастом синдромы. Клиника, диагностика, лечение
106. Эпилепсия и беременность. Эпилептический статус. Фебрильные судороги. Клиника, диагностика, лечение
107. Принципы фармакологического лечения эпилепсии. Хирургическое лечение.
108. Наследственные и врожденные заболевания ЦНС. Липидозы с нарушением обмена сфингомиелина (б-нь Нимана – Пика), глюкоцереброзидов (б-нь Гоше). Тип болезни. Тип наследования. Клиника, диагностика, лечение

109. Лейкодистрофии: метохроматическая, глобоидно-клеточная (б-нь Краббе), суданофильная (б-нь Пелициуса-Мерцбахера). Мукополисахаридозы, муколипидозы, болезнь Морфана. Клиника, диагностика, лечение
110. Нарушения метаболизма аминокислот: фенилкетонурия, гомоцистинурия и др. Клиника, диагностика, лечение
111. Факоматозы. Нейрофиброматоз Реклингаузена: периферическая и центральная формы. Клиника, диагностика, лечение
112. Системный цереброретиновисцеральный ангиоматоз (б-нь Гиппель – Линдау): с преимущественным поражением мозжечка «опухоль Линдау» и сетчатки «опухоль Гиппеля». Атаксия – тельангиоэктазия (с – м Луи – Бар). Болезнь Штурге-Вебера. Клиника, диагностика, лечение
113. Врождённые аномалии. Сирингомиелия: основные формы (сирингобульбия). Показания к хирургическому лечению. Клинические и нейровизуализационные признаки. Принципы терапии.
114. Spina - bifida. С – м Арнольда Киари, Денди-Уокера. Базилярная импрессия и платибазия. Врождённый нистагм. Арахноидальные кисты. Клиника, диагностика, лечение
115. Соматоневрологические синдромы. Неврологические расстройства (энцефалопатии и полинейропатии) при болезнях внутренних органов, желез внутренней секреции, соединительной ткани, крови. Клиника, диагностика, лечение. Неврология беременности
116. Нутритивные, паранеопластические синдромы. Клиника, диагностика, лечение
117. Интоксикации. Поражения нервной системы (энцефалопатии и полинейропатии) при интоксикации алкоголем, наркотиками, лекарствами, химиотерапией, промышленными ядами. Клиника, диагностика, лечение
118. Деменции. Определение деменций. Методы исследования когнитивных функций и памяти. Классификация деменций. Клиника, диагностика, лечение
119. Дегенеративные деменции. Болезнь Альцгеймера, болезнь телец Леви, другие формы дегенеративных деменций. Сосудистые деменции. Принципы терапии.
120. Нарушения цикла «Сон-бодрствование» (ЦСБ). Классификация нарушений сна. Диссомнии, гиперсомнии, парасомнии: виды, клиническая картина, особенности диагностики и лечения. Медицина сна
121. Возрастные аспекты неврологических заболеваний. Патология развития плода, детский церебральный паралич. Особенности течения последствий ДЦП у взрослых. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью. Клиника, диагностика, лечение.

122. Геронтоневрология. Механизмы старения. Особенности течения и принципы терапии неврологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте.
123. Нейрореабилитация. Понятие нейрореабилитации. Организация реабилитационных мероприятий при различных формах неврологических заболеваний.

Практические навыки

1. Методика исследования гнозиса.
2. Методика исследования функции 12 черепного нерва.
3. Методика исследования праксиса.
4. Методика исследования поверхностной, глубокой и сложных видов чувствительности.
5. Методика исследования обонятельного анализатора.
6. Методика исследования функции экстрапирамидной системы.
7. Методика проведения люмбальной пункции. Показания и противопоказания.
8. Методика выявления очаговых симптомов поражения нервной системы у больных, находящихся в коматозном состоянии.
9. Методика исследования функции тройничного нерва (чувствительная и двигательная порции).
10. Методика исследования произвольных движений. Оценка степени пареза.
11. Методика исследования функции глазодвигательных нервов, зрачковых реакций.
12. Методика исследования мышечного тонуса, виды его нарушения.
13. Методика выявления и дифференцирования различных видов афазий.
14. Методика исследования менингеального симптомокомплекса.
15. Методика исследования функции лицевого нерва.
16. Методика исследования координации движений и равновесия.
17. Методика исследования зрительного анализатора.
18. Методика исследования вегетативных функций (дермографизм, проба Даньини-Ашнера, ортоклиностагическая проба).
19. Методика исследования функции бедренного нерва.
20. Методика исследования болевых точек (паравертебральные, Эрба, Вале, Гара) и симптомов натяжения.
21. Методика исследования функции срединного нерва.
22. Методика исследования функции лучевого нерва.
23. Методика составления генеалогической таблицы и определения типа наследования заболевания в семье.
24. Методика исследования патологических стопных рефлексов.
25. Принципы ухода за больными с тяжелой черепно-мозговой травмой.
26. Принципы ухода за больными, находящимися в коматозном состоянии.
27. Принципы ухода за больными с поражением спинного мозга.

28. Оценка состояния жизненно-важных функций у больных с тяжелыми поражениями головного мозга.

29. Оценка состояния сознания.

Исследование функции 11 пары черепных нервов

Банк ситуационных задач с ответами

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 . «Фундаментальная неврология»</p>	<p>1. Возбуждение от клетки к клетке передается с помощью химических и электрических синапсов (щелевых контактов). В каком типе соединения клеток распространение ПД будет быстрее? Почему?</p> <p>ОТВЕТ. В электрическом синапсе, где возбуждение проводится с помощью электрического поля, без задержки. В химическом синапсе происходит задержка распространения возбуждения, связанная с механизмом медиаторной передачи, что значительно медленнее.</p> <p>2. У животного в эксперименте перерезали спинной мозг. При этом сохранилось только диафрагмальное дыхание. На каком уровне произведена перерезка?</p> <p>ОТВЕТ. Мотонейроны диафрагмального нерва находятся в 3 – 4 шейных сегментах спинного мозга. Мотонейроны межреберных нервов находятся в грудном отделе. Следовательно, перерезка произведена на уровне между 4-ым шейным и 1-ым грудным сегментами спинного мозга.</p> <p>3. «Ночью все кошки серы». Это не только поговорка, но известный факт. Объясните явление с точки зрения физиологических особенностей системы зрения.</p> <p>ОТВЕТ. Рецепторный аппарат системы зрения представлен палочками и колбочками. Световая чувствительность колбочек во много раз меньше палочек, они функционируют в условиях большей освещенности и обеспечивают дневное и цветное зрение. Чувствительность палочек к свету высокая, поэтому в сумерках активны преимущественно палочки, с помощью которых цвета неразличимы.</p> <p>4. Вкусовые ощущения изменяются в зависимости от состояния человека. Как вы считаете, они будут усилены или ослаблены во время сильного волнения?</p> <p>ОТВЕТ. Вещества, вызывающие вкусовые ощущения, действуют в растворенном виде. При сильном волнении</p>
--	--

	<p>вырабатывается меньше слюны, т.к. активация симпатической нервной системы тормозит секрецию жидкой части слюны, поэтому в сухой полости рта вкусовые ощущения будут ослаблены. Кроме того, подключаются тормозные влияния коры большого мозга.</p> <p>5. В результате беседы врача с матерью пациента выявлено, что у её сына после черепно-мозговой травмы в течение длительного времени наблюдается отсутствие сострадания и сочувствия к окружающим, нет интереса к учёбе и с трудом усваивается новый учебный материал. 1). Какая структура мозга могла быть повреждена при трав-ме? 2). Обоснуйте изменение поведения пациента.</p> <p>ОТВЕТ. 1). Вероятно, травма в большей степени затронула лобные ассоциативные области коры большого мозга, которые тесно связаны с лимбическим отделом мозга и участвуют в организации программ действия при реализации сложных поведенческих актов. 2). Нарушения, возникающие после поражения лобных долей, отражает роль этой части мозга в поддержании того, что считают «личностью» индивидуума, особенно, если в поражение вовлекаются оба полушария.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Топическая диагностика»</p>	<p>1. У больного имеется центральный паралич правой руки и моторная афазия. Где локализуется очаг поражения?</p> <p>Ответ: Задние отделы нижней лобной извилины слева (зона Брока) и средний отдел прецентральной извилины левой лобной доли.</p> <p>2. При осмотре выявлена атрофия правой половины языка и фибриллярные подергивания, при высовывании язык отклоняется вправо. Определить очаг поражения?</p> <p>Ответ: Ядро XII нерва справа в продолговатом мозге (периферическое поражение).</p> <p>3. Больной при ходьбе отклоняется влево. Имеется гипотония в левых конечностях, интенционный тремор слева, горизонтальный нистагм. Определить очаг поражения?</p> <p>Ответ: Левое полушарие мозжечка.</p>

4. У больного периодически возникают подергивания правой руки и мышц половины лица справа, не сопровождающиеся потерей сознания (длится 1,5 - 2 минуты). Определить локализацию очага поражения. Как называется эти подергивания?

Ответ: Джексоновская моторная эпилепсия (передняя центральная извилина слева, нижняя часть).

5. У больного имеется центральный парез ног без чувствительных расстройств. Средние и нижние брюшные рефлексы не вызываются, верхние брюшные рефлексы живые, одинаковые с обеих сторон. Определить очаг поражения?

Ответ: Кортикоспинальный путь на уровне D9-D10.

6. У ребенка наблюдаются быстрые, аритмичные, произвольные движения конечностей и туловища. Он гримасничает, причмокивает, часто высовывает язык. Тонус мышц конечностей снижен. Где находится очаг поражения? Как называется приведенный синдром?

Ответ: Хореический гиперкинез, малая хорея. Стриатум.

7. У больного анестезия кожи в области лба, передней волосистой части головы и верхней части носа слева. Слева отсутствуют корнеальный и конъюнктивальные рефлексы. Где очаг поражения?

Ответ: 1 ветвь левого тройничного нерва (r.ophtalmicus).

8. У больного справа отмечается центральный парез ноги, выпадение глубокой чувствительности в пальцах стопы, снижение тактильной чувствительности с уровня D5, слева отсутствует болевая и температурная чувствительность по проводниковому типу с уровня D7. Где очаг поражения? Как называется приведенный синдром?

Ответ: Синдром Броун-Секара, поражение правой половины поперечника на уровне D5.

9. У больного имеется слева гемианестезия, гемиатаксия и гемианопсия. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Таламус справа.

10. Больной разучился одеваться, не может пользоваться чашкой, ложкой. Его одевают, кормят. Где находится очаг поражения? Как называются описанные расстройства?

Ответ: Апраксия идеаторная, нижняя теменная доля - надкраевая извилина.

11. У больного отмечается диплопия, частичный птоз и расширение зрачка справа. Правое глазное яблоко отведено кнаружи. Ограничены его движения внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения в левых конечностях. Мышечный тонус в них повышен. Рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается рефлекс Бабинского слева. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Альтернирующий синдром Вебера, ножка мозга справа.

12. У больного наблюдается дизартрия, дисфагия, дисфония, атрофии языка нет, имеются выраженные симптомы орального автоматизма, временами наступает насильственный смех или плач. Определить очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Двустороннее поражение кортико-нуклеарных путей. Псевдобульбарный синдром.

13. У больного отмечается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Сила рук и ног сохранена. Самостоятельно ходить и стоять не может, падает в разные стороны. Снижен тонус мышц всех конечностей. Чувствительность не нарушена. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Червь мозжечка.

14. У больного отмечается постоянное недержание мочи, газов, нарушены все виды чувствительности в ано – генитальной области. Отсутствует анальный рефлекс. Определить очаг поражения.

Ответ: Поражение conus medullaris.

15. Больной не распознает предметы, помещенные в его левую руку. Все элементарные виды чувствительности сохранены. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Астереогноз. Верхняя теменная доля справа.

16. У больного сглажена левая носогубная складка, левый угол рта опущен, язык отклоняется влево. Атрофии и фибриллярных подергиваний языка нет. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Центральный парез правого лицевого нерва и подъязычного нерва. Поражение кортико-нуклеарного пути справа.

17. У больного определяется битемпоральная гемианопсия, на глазном дне картина первичной атрофии зрительных нервов. Где находится очаг поражения?

Ответ: Поражение перекрещивающихся в хиазме волокон зрительных нервов (от внутренних половин сетчаток).

18. У больного справа отмечается паралич мимических мышц всей половины лица, слева спастический парез в руке и ноге. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Синдром Мийяра- Гублера справа. Поражение вентральной части основания моста справа.

19. У больного имеется тетрапарез, в руках по периферическому типу, в ногах по центральному типу, а также отмечается выпадение всех видов чувствительности с уровня С5 и задержка мочеиспускания. Определить очаг поражения?

Ответ: Шейное утолщение.

20. У больного имеется центральный парез мышц стопы и голени справа, иногда в них возникают тонико-клонические судороги продолжительностью 1 – 2 минуты. Где локализуется очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Верхний отдел передней центральной извилины слева. Приступы Джексоновской эпилепсии.

21. У больного имеется левосторонняя спастическая гемиплегия. Поражение лицевого и подъязычного нерва слева по центральному типу.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Внутренняя капсула справа (кортико-спинальный, кортико-нуклеарный пути к 7,12ЧМН справа.)

22. Речь больного глухая, неясная, смазанная, с гнусавым оттенком. Отвечает на вопросы письменно, Жидкая пища и питье вызывают кашель и поперхивания. Движение языка резко ограничены, наблюдаются атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Мягкое небо не подвижно. Глоточный рефлекс и рефлексы с мягкого неба отсутствуют.

Где локализуется очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Поражение двигательных ядер 9, 10, 12 ЧМН, бульбарный синдром.

23. У больного выявлена левосторонняя верхнеквадратная гемианопсия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение нижней части пучка Грациоле справа или правая язычная извилина (затылочная доля).

24. У больного имеется спастическая параплегия нижних конечностей, нарушение глубокой чувствительности в них и нарушение поверхностной чувствительности с Дб по проводниковому типу. Где локализуется процесс?

Ответ: Полное поперечное поражение спинного мозга с уровня Дб.

25. У больного имеются судорожные припадки, начинающиеся с поворота головы и глаз влево. Выражен хватательный рефлекс, снижение обоняния справа, эйфория, снижение критики. Походка неустойчивая. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Лобная доля справа. Поражение задней части второй лобной извилины справа – переднее адверсивное поле, нижние отделы и полюс правой лобной доли.

26. У больного имеется правостороннее поражение отводящего нерва и лицевого нерва по периферическому типу. Левосторонняя центральная гемиплегия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение моста справа, альтернирующий синдром Фовилля.

27. У больного справа имеется птоз века, глаз расположен по средней линии, зрачок расширен, движения глазного яблока отсутствуют, боль в глазнице, снижены все виды чувствительности в области лба и передней

волосистой части головы. Корнеальный рефлекс справа отсутствует. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Синдром верхней глазничной щели справа (поражение глазодвигательного (3 чмн), блокового (4чмн), отводящего нервов (6 чмн), 1 ветвь тройничного нерва (5 чмн).

28. У больного имеется правосторонняя гемиплегия, гемианестезия и гемианопсия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Внутренняя капсула слева

29. У больного отмечаются боли в дистальных отделах рук и ног, чувство онемения в них, утрата всех видов чувствительности на руках в виде «перчаток», на ногах - в виде «носков», выпадение на руках карпорадиальных, на ногах – ахилловых и подошвенных рефлексов. При стоянии и ходьбе с закрытыми глазами наблюдается неустойчивость.

Определить очаг поражения? Как называется описанный тип расстройств чувствительности?

Ответ: Поражены чувствительные волокна дистальных отделов спинномозговых нервов. Тип расстройства чувствительности называется полиневритическим (дистальная полинейропатия).

30. Больной при сохранности двигательных функций из-за неустойчивости не может стоять и ходить, эйфоричен, слева сглажена носогубная складка, тонус слева в руке и ноге повышен, справа анозмия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение правой лобной доли.

31. У больного наблюдаются приступы, начинающиеся с неприятного ощущения в левой ноге. Где локализуется поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Верхняя часть задней центральной извилины справа. Джексоновская сенсорная эпилепсия.

32. У больного голова свисает на грудь («свислая» голова), повороты ее в сторону не возможны. Плечи опущены, резко затруднено пожатие плечами и поднятие рук выше горизонтального уровня.

«Крыловидные» лопатки. Наблюдается атрофия грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение n. accessories (добавочного нерва, 11чмн) с двух сторон.

33. У больного имеется атрофия правой половины языка, язык высовывании отклоняется вправо, паралич верхней и нижней конечности слева. Сухожильные рефлексы слева повышены. Расстройств чувствительности нет. Где

локализуется очаг поражения?

Ответ: Альтернирующий синдром Джексона, поражение продолговатого мозга справа. (поражение подъязычного нерва (12 чмн) и кортико-спинального пути справа)

34. У больного миоз, энтофтальм и сужение глазной щели слева, слева определяется вялый парез руки.

Где локализуется процесс?

Ответ: Боковые рога спинного мозга слева на уровне С8-Т1(Синдром Клода-Бернара-Горнера) и передние рога слева С5-Т1 (на протяжении шейного утолщения).

35. Больной не понимает обращенную к нему речь, иногда вместо слов произносит бессмысленные сочетания букв. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Сенсорная афазия, область Вернике - височная доля, в заднем отделе верхней височной извилины доминирующего полушария (слева у правшей).

36. У больного имеется вялый парез рук, в мышцах рук, плечевого пояса отмечаются фибриллярные подергивания. Других нарушений нет.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Передние рога на уровне С5-Т1(шейное утолщение) на обеих сторонах.

37. У больного имеется глухота на правое ухо, правостороннее периферическое поражение лицевого нерва, отсутствует корнеальный рефлекс справа.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение мостомозжечкового угла: лицевой (7 чмн), преддверно-улитковый (8 чмн) справа.

38. У больного имеется атетоз в обеих руках, насильственные мимические движения, затруднение жевания и глотания вследствие временных спазмов.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение экстрапирамидной системы: стриарной системы (хвостатого ядра)

39. У больного имеется двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко отклонено кнутри, объем движений левого полный. Имеется поражение правого лицевого нерва по периферическому типу. В левых конечностях ослаблена мышечная сила, сухожильные рефлексы в них повышены.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Мост, 6,7 ЧМН и кортико-спинальный тракт справа. Левосторонняя центральная гемиплегия. Альтернирующий синдром Фовилля справа.

40. Больной при сохранности мышечной силы и координации движений не может завязывать шнурки, застегнуть пуговицу, зажечь спичку.

Определить очаг поражения?

Ответ: Апраксия идеаторная, надкраевая извилина теменной доли, доминирующего полушария (слева у правшей).

41. У больного отсутствуют активные движения в ногах. Тонус высокий. Коленный и ахиллов рефлексы повышены, клонусы наколенников и стоп. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Утрачены все виды чувствительности книзу от паховых складок (по проводниковому типу).

Отмечена задержка мочи и стула. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: центральная нижняя параплегия, поражение спинного мозга уровень T12-L1

42. У больного имеется правосторонняя гемианопсия, при освещении щелевой лампой левых половин сетчаток реакции зрачков на свет нет. На глазном дне – первичная атрофия зрительных нервов. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: трактузная гемианопсия. Поражен левый зрительный тракт.

43. У больного имеется замедленность всех движений в правой руке, определяется феномен зубчатого колеса, временами легкое дрожание в виде счета монет.

Где локализуется очаг поражения?

Очаг: паллидум слева

44. У больного отмечена левосторонняя гемианестезия, гемианопсия, гемиальгия. Боль в левой половине тела

мучительная, плохо локализуется, не купируется
анальгетиками. Где локализуется очаг поражения?

Ответ : таламус справа

45. Перед общим эпилептическим припадком у
больного появляется кратковременное ощущение
неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц.
Где локализуется очаг поражения? Как называются
эти ощущение?

**Очаг: височная доля , ункус . Унцинарные припадки,
обонятельные галлюцинации – фокальная эпилепсия**

46. У больного отмечается расстройство
мышечно-суставной чувствительности в пальцах правой
кисти, снижение тактильной чувствительности на правой
руке, нарушения болевой и температурной
чувствительности нет. Где
локализуется очаг поражения?

Очаг: ядро Бурдаха справа, продолговатый мозг

47. У больного при открывании рта нижняя
челюсть смещается вправо, объем и скорость движений
ее влево снижены. Справа определяется снижение
болевой, температурной и тактильной чувствительности
кожи нижней губы, нижней части щеки, подбородка,
задней части боковой поверхности лица, слизистой дна
ротовой полости, языка, десен нижней челюсти.
Определить очаг поражения?

Очаг: 3-я ветвь тройничного нерва

48. У больного язык внешне не изменен, при
высовывании отклоняется вправо. Где локализуется
очаг поражения?

**Очаг: центральный паралич 12 пары ЧМН, лобная доля
справа**

49. У больного обнаруживается горизонтальный
нистагм при отведении глазных яблок в стороны,
походка шаткая («пьяная»). Шатание усиливается при
поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга падает в
правую сторону. Отмечаются промахивание и
интенционное дрожание при выполнении пальце-

носовой и пяточно-коленной пробы справа.
Мегалография. Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Суставно-мышечное чувство сохранено.
Где очаг поражения?

Очаг: мозжечок - правое полушарие

50. Общий судорожный припадок у больного начинается с поворота головы и глаз вправо. Где очаг поражения? Как называется область поражения?

**Очаг: задний отдел средней лобной извилины слева.
Лобный центр взора или переднее адверсивное поле**

51. У больного имеется спастическая параплегия нижних конечностей утрата всех видов чувствительности с верхней границей на уровне Д3, задержка мочеиспускания и дефекации. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: грудной отдел СМ Th3-уровень

52. У больного справа паралич мимических мышц всей половины лица, надбровный рефлекс отсутствует, нарушены вкусовая чувствительность на передних 2/3 языка, а также справа. Справа наблюдается избыточное слезотечение. Гиперкузии нет. Определить очаг и уровень поражения.

Очаг: периферический паралич лицевого нерва справа , после выхода стременного нерва.

53. Больной ходит мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги полусогнуты. Лицо маскообразное. Тремор пальцев рук типа «счета монет». Тонус мышц конечностей повышен диффузно, определяется симптом «зубчатого колеса». Где локализуется очаг поражения?

Очаг: нарушения экстрапирамидной систем, паллидума.

54. У больного отмечены сужения глазной щели (птоз) и зрачка (миоз). Западение глазного яблока слева (энофтальм). Где очаг поражения?

Очаг: синдром Горнера (боковые рога спинного мозга C8-Th1слева)

55. У больного отмечены астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Больной правша. Где очаг поражения?

Очаг: левая теменная доля (верхняя и нижняя теменные доли, надкраевая и угловая извилина).

57. У больного при сжатии кисти в кулак 1 и 2 пальцы не сгибаются, оппозиция большого пальца невозможна: определяется атрофия мышц в области возвышения большого пальца, снижение чувствительности на ладонной поверхности первых трех пальцев. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: Срединный нерв.

58. У больного птоз справа, появлению которого предшествовало диплопия. После пассивного поднятия века обнаружен мидриаз, отсутствие зрачка на свет и аккомодацию. Глазное яблоко отведено кнаружи (расходящееся косоглазие). Отсутствуют движения глазного яблока внутрь и вверх. Где очаг поражения?

Очаг: Глазодвигательный нерв справа.

59. У больного имеется левосторонняя гемианопсия, при освещении щелевой лампой правых половин сетчаток реакция на свет живая. Глазное дно в норме. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: корковая гемианопсия, tr. geniculocalcarineus dext.

60. У больного тотальная анестезия сегментарного типа от соковой линии до пупка. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: задняя серая спайка на уровне T5-T10.

61. Родственники заметили что, выйдя из комнаты в коридор, больная не знает, как возвратиться обратно, разучилась надевать платье, обувь, пользоваться ложкой, чашкой. Больную приходится кормить. Парезов нет. Больная правша. Где локализуется очаг поражения? Как называются указанные нарушения?

Ответ: левая теменная доля, надкраевая извилина. Апраксия идеаторная.

62. Больной поступил в клинику со следующими явлениями: слева гемиплегия с гипертонией, гиперрефлексией, патологическими рефлексамии. Левая носогубная складка сглажена. Центральный парез мышц половины языка. Где очаг поражения?

Ответ: внутренняя капсула справа, колено и передняя 2/3 часть задней ножки

63. У больного имеется диссоциированная анестезия: на правой половине лица выпала болевая и температурная чувствительность. Где очаг поражения?

Ответ: nucleus tractus thalamicus V n.(справа).

64. У 10-летнего ребенка появились непроизвольные сокращения мышц конечностей, лица и туловища. Насильственные движения возникают в различных частях тела, как в покое, так и при произвольных движениях. Больной то зажмурит глаза, то высунет язык, гримасничает, то закинет руку, то ногу. Мышечный тонус снижен. Где локализуется очаг поражения? Как называется синдром?

Ответ: поражение стриарной системы, гиперкинетико-гипотонический синдром. Малая хорея.

65. У больного слева отсутствует разгибание пальцев и кисти, отведение большого пальца. Мышечный тонус в разгибателях кисти снижен, анестезия на тыле большого пальца. Сухожильные рефлексы на руках умеренной живости, равномерны. Определить очаг поражения?

Ответ: периферическое поражение лучевого нерва, на уровне нижней трети плеча

66. У больного слева выявляется периферический паралич лицевого нерва. Объем, сила и скорость движений в правых конечностях резко снижены. Отмечается справа повышение мышечного тонуса, гиперрефлексия с расширением рефлексогенных зон, патологические рефлексии. Где очаг поражения? Как называются такие синдромы?

Ответ: поражение на уровне моста слева, альтернирующий синдром (Мийера-Гублера).

67. У больного левосторонняя моноплегия руки. Мышечный тонус в ней резко снижен. Арефлексия и атрофия мышц слева. В руке утрачены все виды чувствительности, отмечается выраженный болевой синдром.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: периферический паралич, плечевое сплетение слева.

68. У больного справа обнаружен паралич всех мимических мышц: резко опущен угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофthalm, симптом Белла, при наморщивании лба складки справа не образуются. Слезотечение из правого глаза. Гиперкузия. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка правой половины языка. Где очаг поражения?

Ответ: поражение лицевого нерва ниже барабанной струны, между большим каменистым и стременным нервом.

69. У больного имеется периферический паралич ног с тотальной анестезией по проводниковому типу. Задержка мочеиспускания и дефекации.

Где очаг поражения?

Ответ: поражение спинного мозга, на уровне начала поясничного утолщения.

70. Больного беспокоит затруднение при ходьбе. Объективно: гипомимия, замедленность темпа произвольных движений, походка мелкими шаркающими шагами, пропульсии при ходьбе. Мышечный тонус повышен по пластическому типу.

Где очаг поражения? Как называется синдром?

Ответ: черная субстанция, паллидарная система.

Гипертонико-гипокинетический синдром.

71. У больного имеется нарушения глотания, фонации и артикуляции. Язык атрофичен, в нем видны фибриллярные подергивания. Где локализуется очаг поражения? Как называется синдром?

Ответ: продолговатый мозг, в области 9,10,12 ядер ЧМН, с обеих сторон. Бульбарный синдром.

Б 1.Б.6.3 Раздел 3
**«Общая
неврология»**

1. Больной Е., 52 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. 20 минут назад внезапно потерял сознание, упал на улице. Наблюдалась многократная рвота.

При осмотре: сознание утрачено, больной повышенного питания, лицо гипиремировано. Пульс ритмичный 64 удара в мин. Акцент второго тона на аорте, АД 200/120 мм рт.ст. Дыхание шумное, ритмичное 32 в мин. Зрачки расширены, левый больше правого, на свет не реагируют. Глаза повернуты влево. «Парусит» правая щека. На болевые раздражения больной не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них снижен. Сухожильные рефлексы справа отсутствуют. Рефлекс Бабинского с обеих сторон, ярче справа.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Общемозговой синдром (уровень нарушения сознания – кома II (по Коновалову);

Очаговые синдромы в виде правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН и коркового пареза взора.

Поражена левая внутренняя капсула и кора лобной доли с центром взора в заднем отделе средней лобной извилины.

2. I61.1 Геморрагический инсульт в бассейн левой средней мозговой артерии, правосторонняя гемиплегия, парез взора, кома II, острейший период.

3. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ головного мозга с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

2. Больной 60 лет, грузчик. При подъеме тяжести почувствовал сильную головную боль и шум в ушах, затем появилась рвота. Потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику.

Объективно: Больной возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается встать, несмотря на запреты. Тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт.ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Парезов конечностей нет. Общая гиперестезия. Определяется ригидность мышц затылка 4 см и симптом Кернига с обеих сторон. Отмечалась рвота 2 раза.

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, соски зрительных нервов отечны, границы их нечетки.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Синдромы: - обшемозговой, менингеальный.

Поражены мозговые оболочки.

2. I60.9 Субарахноидальное кровоизлияние.

3. Методом выбора в диагностике субарахноидального кровоизлияния является КТ головного мозга, при негативных данных КТ показана люмбальная пункция с анализом ликвора; ЭКГ, общий и биохимический

анализ крови. В дальнейшем – МР (КТ)-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с ЧМТ, менингитом.

5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии, при аневризме – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

3. Больной 63 лет. Утром после сна, почувствовал головокружение и слабость левой руки и ноги. Слабость прогрессировала, и в течение трех часов развился паралич левых конечностей, а также стал плохо видеть правым глазом.

Объективно: АД 110/70 мм рт.ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой сонной артерии.

Офтальмолог: острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,05. Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты. Сглажена левая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется влево. Отсутствуют активные движения в левых конечностях, тонус мышц в них повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени. Сухожильные и надкостничный рефлекс слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется левосторонняя гемианестезия.

Анализ крови: СОЭ – 10 мм/час, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 113%.

ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, больше в правом полушарии.

При каротидной ангиографии обнаружена закупорка правой сонной артерии на 3см выше разделения общей сонной артерии на её основные ветви.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Очаговый оптико-пирамидный синдром в виде амблиопии справа и центральной гемиплегии с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезией слева.

Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы) и правый зрительный нерв.

2. I63.3 Ишемический атеротромботический инсульт в бассейне правой внутренней сонной артерии, левосторонняя центральная гемиплегия, амблиопия справа, острейший период.
3. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.
4. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.
5. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний (лучший вариант в сочетании с тромбоэкстракцией), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

4. Больная Б., 45 лет, доставлена в приёмное отделение машиной скорой помощи. Из анамнеза: на работе внезапно упала, потеряла сознание. Окружающие наблюдали у больной судороги, которые были в левых конечностях в течение 1 минуты. По приезде врач скорой помощи отметил сопорозное состояние сознания и отсутствие движений в левых конечностях.

При осмотре: больная в сознании, но сонлива. В контакт вступает неохотно, жалуется на головную боль. Рассказала, что 10 лет находится на диспансерном учёте по поводу ревматического порока сердца. Около

месяца назад дома внезапно ощутила онемение и слабость в правой руке, в течение часа не могла говорить. Через сутки сила в руке восстановилась и к врачу больная не обращалась.

Объективно: лицо бледное, пульс ритмичный, 90 уд/мин. Над областью сердца выслушивается систолический и диастолический шумы, хлопающий первый тон, АД 110/80 мм рт. ст. Дыхание свободное, 20 в мин.

В неврологическом статусе: зрачки равномерные. Ориентировочным методом определяется левосторонняя гомонимная гемианопсия. Опущен левый угол рта. Язык при высовывании отклоняется влево. Активные движения в левой руке и ноге отсутствуют. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. На левой стопе вызывается патологический рефлекс Бабинского. Левосторонняя гемианестезия. Тонико-клонические судороги в левых конечностях повторились.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. общемозговой синдром: оглушение – сопор;
синдром очаговой симптоматики – левосторонняя центральная гемиплегия с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезия и гомонимная гемианопсия слева.

Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы).

2. I63.4 Ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемианестезия, гомонимная гемианопсия, острейший период.

3. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

5. В приемное отделение доставлен больной 55 лет, страдающий в течении десяти лет гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, у которого после физического напряжения появилась сильная головная боль, повторная рвота, затем он потерял сознание.

В неврологическом статусе: сознание утрачено, анизокория, левый зрачок шире правого, сглажена правая носогубная складка, правосторонняя гемиплегия с высоким мышечным тонусом и высокими сухожильными рефлексами, с симптомом Бабинского. Ригидность затылочных мышц, положителен с-м Кернига, с-мы Брудзинского. Температура тела 37,1гр., АД-210/120 мм.рт.ст.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Синдромы: общемозговой синдром, менингеальный синдром, очаговый синдром в виде центральной правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН справа.

Поражена внутренняя капсула и подкорковые узлы в левом полушарии.

2.161.1 Геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, центральная правосторонняя гемиплегия, кома, острейший период .

3. КТ (МРТ) головного мозга, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, коагулянты, нимодипин.

6. Больной 68 лет на протяжении ряда лет жаловался на головную боль, шум в голове, плохую память, бессонницу. Днем поволновался, внезапно почувствовал головокружение, упал. Сознание не терял. Появилась икота, общая слабость, стало трудно глотать.

В приемном отделении: Больной в сознании, на вопросы отвечает правильно, ориентирован в месте и во времени. Обоняние не нарушено. На глазном дне сосуды склерозированы. Острота зрения обоих глаз 1,0. Правый зрачок шире левого. Реакция зрачков на свет и конвергенцию вялая. Энофтальм слева. Неполный птоз верхнего века левого глаза. Горизонтальный нистагм влево. Аналгезия, терманестезия кожи левой половины лица. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа— отчетливый. Движения нижней челюсти не ограничены. Асимметрии лица нет. Неподвижность левой половины мягкого неба и паралич левой голосовой связки. Дисфагия, дизартрия.

Язык по средней линии. Активные движения в конечностях в полном объеме, мышечная сила в них 5 баллов, промахивание при пальце-носовой пробе левой рукой, при пяточно-коленной пробе — левой ногой. Тонус мышц левой руки и ноги понижен. Болевая и температурная чувствительность на правой половине туловища, правой руке и ноге отсутствуют. Проприоцептивная чувствительность не нарушена. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках, коленные и ахилловы рефлексы равномерно оживлены. Брюшные рефлексы равны. Патологических рефлексов нет. Симптом Маринеску-Радовичи с обеих сторон. Симптома Кернига и ригидности затылочных мышц нет. Артериальное давление 90/50. Тоны сердца приглушены. Пульс 68, аритмичный. Общий анализ мочи и крови без патологии.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1.163.5 Острое нарушение мозгового кровообращения по типу ишемического инсульта в бассейне левой задней нижней мозжечковой артерии. Синдром Валленберга— Захарченко. Острейший период.

2. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

7. Больная 40 лет страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала. Вызвана КСП.

В приемном отделении: Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. 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 отмечаются приступы сильнейшего тонического спазма мышц, преимущественно в проксимальных отделах конечностей по 20-30с, затем тонус снижается. Это сопровождается общим беспокойством, учащением пульса и дыхания, иногда на высоте приступа наблюдаются круговые движения глазных яблок. Ригидности мышц затылка нет. На уколы туловища не реагирует. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон.

Во время осмотра была рвота. Пульс 106, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД— 230/120. Температура 37,5°
Лейкоцитоз 8600*10*9. Дыхание Чейн-Стокса.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответы:

1. I61.1 Кровоизлияние в правое полушарие головного мозга с прорывом в боковую желудочек. Горметонический синдром. Кома 2ст.
2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ ГМ с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.
3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью.
4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

8. Больной Т. 18 лет доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» из юношеской спортивной школы. Во время тренировки внезапно вскрикнул, потерял сознание, упал. Травмы черепа не было. О случившемся по телефону сообщено родителям. Мать больного рассказала, что он рос и развивался нормально. Спортивную школу посещает 2 года. Около двух месяцев назад стал жаловаться на пульсирующий шум в правом ухе, к врачу не обращался. Ежегодно осматривается во врачебно-физкультурном диспансере, отклонений в состоянии здоровья не отмечено.

При осмотре: сознание утрачено. Пульс ритмичный, 110 ударов в мин. Тоны сердца приглушены, АД— 100/60. Дыхание типа Чейн-Стокса. Зрачки широкие, реакция на свет отсутствует. Корнеальные рефлексы утрачены. Резкое напряжение мышц разгибателей конечностей, руки и ноги вытянуты. Мышцы на ощупь твердые, пассивное сгибание невозможно. Сухожильные рефлексы высокие, клонусы надколенников и стоп. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца. Из-за резкого напряжения мышц симптом Кернига проверить не удастся. Непроизвольное мочеиспускание. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их четкие, сосуды не изменены.

Люмбальная пункция: ликвор вытекает под давлением, интенсивно окрашен кровью.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I61.1 G93.6 G93.5 Массивное субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние с прорывом крови в желудочки. Отек мозга, дислокация и сдавление ствола мозга. Запредельная кома.

2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии–оперативное вмешательство, по удалению аневризмы, нимодипин, осмотические диуретики.

9. Больной К, 47 лет утром после вставания с кровати упал из-за слабости в ногах. Вызвал КСП.

В неврологическом статусе: у больного выявлены отсутствие движения в ногах, снижение мышечного тонуса в них, повышение коленных и ахилловых рефлексов с обеих сторон, двусторонние патологические знаки Бабинского и Россоломо, отсутствие брюшных рефлексов, наличие защитных рефлексов и клонусов стоп и надколенников с обеих сторон. Имеется нарушение болевой и температурной чувствительности с Д7-8, нарушение глубокой чувствительности в ногах, задержка мочеиспускания. Менингеальных знаков не выявлено.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I63.8 Спинальный ишемический инсульт, нижняя центральная параплегия, проводниковая тотальная анестезия, задержка мочи

2. МРТ гр. отдела позвоночника, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с геморрагическим спинальным инсультом, опухолью спинного мозга грудной локализации, рассеянным склерозом, поперечным миелитом.

4. Глюкокортикостероиды, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты, антибиотики широкого спектра. Лечебная физкультура, массаж.

10. Больной В., 72 лет, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правых конечностях и затруднение речи – произносил отдельные слова. Доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой недовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 180/100 мм рт.ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки одинаковые. Правый угол рта опущен. Положителен хоботковый рефлекс.левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Движения правой ноги ограничены. Сухожильные рефлексы справа снижены. Справа положителен рефлекс Бабинского. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.

2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

4. Провести дифференциальный диагноз.

5. Укажите принципы терапии.

1. Синдромы очаговой симптоматики в виде:

- центрального правостороннего гемипареза в правых конечностях;

- моторной афазии;

- центрального пареза VII ЧМН справа.

1 Поражен лучистый венец левого полушария головного мозга (или прецентральной извилина и зона Брока левой лобной доли).

2. I63.4 Ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, правосторонний центральный гемипарез, моторная афазия, острейший период .

2. КТ или МРТ, УЗДГ сос. шеи и головы, коагулограмма, липидный спектр крови, УЗИ сердца, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью головного мозга, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний (лучший вариант в сочетании с тромбозэкстракцией), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

11. На приеме девушка 22 лет с жалобами на выпадение волос участками, ломкость ногтей, повышенную сонливость, периодические приступы булимии.

Объективно: повышенного питания, на коже живота бедер отмечаются стрии различной степени давности. В области передней поверхности грудной клетки, живота, на внутренней поверхности правого предплечья участки депигментации кожи. На голове имеется гнездное облысение. Гипертрихоз в области спины, гиперкератоз. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные рефлексы с рук и ног S=D. Патологических рефлексов и менингеальных знаков нет. Координация сохранена.

1. Определить топический диагноз.

2. Обосновать топический диагноз.

3. Чем представлен сегментарный отдел симпатической нервной системы?

4. Что включает в себя надсегментарный уровень вегетативной нервной системы?

5. Описать методы исследования регуляции сосудистого тонуса.

1. Патологический процесс локализуется в гипоталамической области.

2. Проявляется нейродистрофическим синдромом, а также синдромом нарушения сна и бодрствования.

3. Симпатический отдел представлен ядрами боковых рогов спинного мозга от восьмого шейного до второго поясничного сегментов, пограничным симпатическим стволом, превертебральными и интрамуральными ганглиями.

4. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы: ретикулярная формация; медиобазальные отделы височной доли; лимбическая система; гипоталамическая область; диэнцефалон; вегетативные зоны коры головного мозга (полюс лобной доли, премоторная зона, парацентральная доля).

5. Исследование регуляции сосудистого тонуса. Возбуждение симпатической нервной системы приводит к сужению сосудов, возбуждение парасимпатической - к расширению их.

Сосудистую регуляцию исследуют при помощи ряда сердечно-сосудистых рефлексов.

Глазосердечный рефлекс Данини-Ашнера. Вызывают надавливанием на переднебоковые поверхности глазных яблок обследуемого в течение 20-30 сек. В норме пульс замедляется на 8-10 в мин. при повышении тонуса парасимпатической нервной системы пульс замедляется более чем на 10 в мин., при симпатикотонии он остается без изменений или учащается. Пробу следует проводить осторожно, чтобы не вызвать резкого замедления пульса.

Соляренный рефлекс. Вызывают надавливанием на солнечное сплетение в течение 20-30 сек. Наступает снижение артериального давления и замедление пульса на 4-12 в мин.

Клиностагическая проба. При переходе обследуемого из вертикального положения в горизонтальное в норме пульс замедляется на 10-12 в мин.

Ортостагическая проба. При переходе обследуемого из горизонтального положения в вертикальное в норме пульс учащается на 10-12 в мин. Больше его учащение, а также замедление расцениваются как показатель вегетативной дисфункции.

12. В отделение поступила девушка 23 лет с жалобами на повышение температуры до $37,5^{\circ}$ в течение месяца, приступы повышения температуры до 39° с ознобом, продолжительностью 2 часа. Температура снижается самостоятельно без приема медикаментов.

Объективно: общее самочувствие не страдает. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. При термометрии получен монотермический тип кривой. Асимметрия температуры подмышечных впадин, термоинверсия аксиллярной и ректальной температуры.

1. Определить локализацию патологического процесса.
2. Что включает в себя надсегментарный уровень вегетативной нервной системы?
3. Что включает в себя сегментарный уровень вегетативной нервной системы?
4. Какие симптомы характерны для поражения гипоталамуса?
5. Описать методы исследования кожных вегетативных рефлексов.

1. В патологический процесс вовлечена гипоталамическая область. Принимая во внимание ангину в анамнезе можно думать о инфекционно-аллергическом поражении гипоталамической области.

2. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы: ретикулярная формация; медиобазальные отделы височной доли; лимбическая система; гипоталамическая область; диэнцефалон; вегетативные зоны коры головного мозга (полюс лобной доли, премоторная зона, парацентральная долька).

3. К сегментарным отделам относятся ядра среднего и продолговатого мозга, ядра боковых рогов спинного мозга, узлы пограничного симпатического ствола.

4. Клинические синдромы поражения гипоталамуса:

нейро-эндокринно-обменный

вегетативно-сосудистый

вегетативно-висцеральный

нарушение терморегуляции

нервно-трофический

нервно-мышечный

нарушение сна и бодрствования

псевдоневротический и псевдопсихопатологический,
гипоталамическая эпилепсия

5. Исследование кожных вегетативных рефлексов. В клинике важно исследовать дермографизм - реакцию сосудов кожи на раздражение и пилоромоторный рефлекс - рефлекс «гусиной кожи».

Местный дермографизм. Вызывают штриховым раздражением кожи тупым предметом. Белый дермографизм указывает на повышение тонуса симпатической нервной системы, выраженный красный дермографизм - на повышение тонуса парасимпатической нервной системы. Характер местного дермографизма может зависеть от степени давления.

Рефлекторный дермографизм. Определяют путем проведения иглой по коже. Образуется красная полоса. Иннервация сосудов-расширителей обеспечивается центрами спинного мозга, поэтому при поражении периферических нервов и сегментарного аппарата спинного мозга наступает выпадение этого рефлекса в зоне сегмента. Иногда встречается возвышенный дермографизм, при котором в ответ на раздражение возникает приподнятый кожный валик.

Пиломоторный рефлекс. Вызывают быстрым охлаждением кожи эфиром, холодной водой или щипковым ее раздражением в области надплечья. В ответ возникает сокращение гладких волосковых мышц на стороне раздражения. Дуга пиломоторного рефлекса замыкается в спинном мозге. Поражение спинного мозга сопровождается выпадением пиломоторного рефлекса на соответствующем уровне. Рефлекс сохраняется выше и ниже уровня поражения.

13. На приеме мужчина 28 лет с жалобами на покраснение левой половины лица и шеи. Периодическую боль в левой половине лица, шеи. Продолжительность приступов от 1 до 2 часов.

Объективно: во времени и пространстве ригидирована, эмоционально лабильна. Отек левой половины лица, особенно век, гиперемия кожи лица и шеи с выраженным потоотделением (дисгидроз) слева Гиперпатия

левой половины лица, шеи. Появляется блефароспазм при взгляде на свет. Глазные щели D>S, отмечается опущение верхнего века справа, разница диаметра зрачков D>S. Реакция зрачков на свет сохранена, но слева выражена слабее. Гетерохромия (разный цвет радужной оболочки).

1. Определить топический диагноз.
2. Обосновать топический диагноз.
3. Чем проявляется синдром Клода Бернара-Горнера?
4. Описать клинические проявления синдрома пограничной цепочки.
5. Описать методы исследования терморегуляции и потоотделения.

1. В данном случае имеется поражение верхнего шейного симпатического узла слева.
2. Отек и гиперпатия, дисгидроз на левой половине лица, синдром Горнера обосновывают топический диагноз.
3. Синдром Клода Бернара-Горнера характеризуется сужением зрачка, уменьшением глазной щели и западением глазного яблока (птоз, миоз, энофтальм). Гетерохромия у детей.

4. Синдром пограничной цепочки:

ганглионит или тунцит

ганглионеврит пограничного симпатического ствола

гипер- или гипогидроз (ангидроз)

гипер- или гипотермия кожи

в подкожной клетчатке могут развиваться отеки, иногда очень плотные, резко ограниченные

небольшое похудание мышц

гиперпатия (каждое болевое раздражение мучительно переживается)

жалобы на парестезии, боли с ощущением жжения, иногда на зуд

5. Исследование терморегуляции и потоотделения. В клинической практике может наблюдаться гипертермия, не связанная с инфекционными заболеваниями. В отдельных случаях отмечаются гипертермические кризы - приступообразные повышения температуры, которые обусловлены поражением диэнцефальной области. Имеет значение также асимметрия температуры - различие между правой и левой половинами тела. Обычно разница температуры на симметричных участках тела не превышает 0,1 - 0,4°C. При гемиплегиях кожная температура конечностей на стороне паралича ниже, чем на здоровой стороне на 1- 1,5°C.

Исследование потоотделения. Для исследования потоотделения воздействуют на разные уровни потоотделительного рефлекса. Для этого применяют инъекцию пилокарпина (1мл 1% раствора), согревание и назначение внутрь 1 г ацетилсалициловой кислоты или амидопирина.

Салицилаты влияют на гипоталамические температурные центры, согревание - на спинальные, пилокарпин - на периферическую вегетативную систему (волокна, узлы).

Для топографического изучения распределения потоотделения применяют пробу Минора. Кожу обследуемого покрывают специальным составом (йод - 15г, касторовое масло - 100мл, спирт 96 % - 900мл) и через несколько минут припудривают крахмалом. Путем согревания вызывают лотовый рефлекс - кожа окрашивается в синий цвет. Участки с отсутствием потоотделения остаются неокрашенными.

При поражениях гипоталамуса нередко нарушается потоотделение на одной половине тела.

14. На приеме женщина 41 года с жалобами на приступообразные жгучие боли в области живота, отрыжку, вздутие живота. Приступы продолжаются около часа ежедневно и заканчиваются обильным мочеиспусканием. Из анамнеза: 7 дней назад получила тупую травму в область эпигастрия.

Объективно: болезненны точки солнечного сплетения - ниже мечевидного отростка. При давлении на живот выше пупка замедляется пульс и понижается артериальное давление. Живот вздут, кожные покровы тела влажные, ознобоподобный гиперкинез.

1. Определить топического диагноза.
2. Обосновать топический диагноз.
3. Какие отделы парасимпатической нервной системы вы знаете?
4. Описать клинические проявления синдрома солярита.
5. Описать симптомы нарушения регуляции мочеиспускания.

Ответ:

1. У больной имеются признаки поражения солнечного сплетения.

2. Об этом свидетельствует приступообразные сильные боли в подложечной области, сопровождающиеся вздутием живота.

За поражение солнечного сплетения говорит эпигастральный рефлекс - при давлении на область между мечевидным отростком и пупком появляется замедление пульса и понижение артериального давления.

3. Различают кранибульбарный и сакральный отделы парасимпатической нервной системы.

4. Солярит проявляется симптомами: частым мелким пульсом; повышением артериального давления; диареей; олигурией. Нередко болевой синдром комбинируется с диспептическим

5. Симптомы нарушения регуляции мочеиспускания.

Задержка мочи возникает при спазме сфинктера, слабости детрузора или при двустороннем нарушении связей мочевого пузыря с корковыми

центрами. При переполнении пузыря сфинктер может частично раскрываться под давлением и моча выделяется каплями. Такое явление носит название парадоксальной ишурии.

Временная задержка мочи при двустороннем нарушении связей мочевого пузыря с корковыми центрами сменяется недержанием мочи вследствие «растормаживания» спинальных сегментарных центров. Это недержание является автоматическим, непроизвольным опорожнением мочевого пузыря по мере его наполнения и называется перемежающимся, периодическим недержанием мочи.

Недержание мочи при поражении спинномозговых центров отличается от перемежающегося тем, что моча постоянно выделяется по каплям по мере ее поступления в мочевой пузырь. Такое расстройство называется истинным недержанием мочи, или параличом мочевого пузыря.

15. В отделение поступил юноша 18 лет с жалобами на приступы сердцебиения с одышкой и ознобом, с подъемом температуры тела до 39° и артериального давления до 140/100 мм.рт.ст, во время приступа ощущает резкое чувство страха.

Из анамнеза: год назад было закрытая черепно-мозговая травма, лечился в стационаре. Через 3 месяца после ЧМТ появились приступы. Перед приступом жалуется на давящую головную боль, боль в животе, давящую боль в области сердца, подъем температуры до 38°-39°, озноб, повышенную потливость, чувство тревоги. Во время приступа в сознании. Частота приступов варьирует 1-3 раза в неделю. После приступа чувство слабости и разбитости отмечает в течение суток.

Объективно: Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. Дермографизм розовый, стойкий. Извращение ортостатической пробы Ашнера. Гипергидроз общий и локальный. Кожа в виде "гусиной".

1. Как расценить описанные приступы?
2. Когда возникают вегетативно-сосудистые кризы?
3. Описать симптомы влияние симпатического отдела вегетативной нервной системы на различные органы.
4. Какие клинические симптомы характерны для синдрома Клода Бернара-Горнера?

В данном случае имеется сочетание вегетативно-сосудистого и вегето-висцерального кризов.

Подтверждением вегетативно-сосудистого криза являются симптомы: сердцебиение, повышение температуры, одышка, потливость, головная боль, озноб, повышение артериального давления.

На вегетативно-висцеральный криз указывает появление болей в желудке.

	<p>2. Вегетативно-сосудистые кризы возникают при поражении гипоталамической области</p> <p>3. Влияние симпатического отдела:</p> <p>на сердце — повышает частоту и силу сокращений сердца.</p> <p>на артерии — не влияет в большинстве органов, вызывает расширение артерий половых органов и мозга, сужение коронарных артерий и артерий легких</p> <p>на кишечник — угнетает перистальтику кишечника и выработку пищеварительных ферментов.</p> <p>на слюнные железы — угнетает слюноотделение.</p> <p>на мочевой пузырь — расслабляет мочевой пузырь.</p> <p>на бронхи и дыхание — расширяет бронхи и бронхиолы, усиливает вентиляцию лёгких.</p> <p>на зрачок — расширяет зрачки.</p> <p>5. Синдром Клода Бернара-Горнера характеризуется сужением зрачка, уменьшением глазной щели и западением глазного яблока (птоз, миоз, энофтальм). Гетерохромия у детей.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Частная неврология»</p>	<p>1. К врачу обратился молодой человек 20 лет с жалобами на нарастающую слабость в проксимальных отделах верхних конечностей в течение последних 6 месяцев. При осмотре: гипотрофия плечевого пояса и проксимальных отделов верхних конечностей, снижена скорость выполнения активных движений в проксимальных отделах рук, мышечная сила в них 4-х б., гипотония и гипорефлексия верхних конечностей. Крыловидные лопатки, губы «тапира», полированный лоб. Дедушка пациента страдал неизвестным наследственным заболеванием.</p> <p>1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10</p> <p>2) Какой тип наследования данного заболевания</p> <p>3) Какие методы необходимо провести для верификации диагноза</p> <p>4) Прогноз течения заболевания и лечение.</p> <p>5) Реабилитация и диспансерное наблюдение у невролога.</p> <p>Эталон ответа (код по МКБ 10: G71.0)</p> <p>1) Плече-лопаточно-лицевая миодистрофия Ландузи- Дежерина</p> <p>2) Аутосомно-доминантный тип наследования</p> <p>3) ДНК-исследование, ЭНМГ</p> <p>4) Прогноз относительно благоприятный и зависит от формы заболевания. Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксилаза), витамины группы В, ЛФК, массаж.</p> <p>5) Индивидуальная программа реабилитации в полном объеме может быть составлена лишь для больных с поздними и медленно прогрессирующими формами ПМД (Ландузи-Дежерина, Беккера, Эрба-Рота):</p> <p>-Медицинская реабилитация предусматривает регулярную медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, массаж, санаторно-курортное лечение, снабжение ортопедической обувью, фиксирующими аппаратами; иногда применяются реконструктивные хирургические операции.</p> <p>-Профессиональная реабилитация: а) при некоторых формах ПМД — профессиональная ориентация и профобучение в техникуме,</p>

профтехучилище (экономист, правовед, технолог-нормировщик, часовщик и др.); б) трудоустройство инвалидов III группы (возможно лишь с учетом противопоказаний, в комфортных условиях по I категории тяжести); в) некоторые больные (в основном имеющие среднее и высшее образование) могут быть приспособлены к работе в индивидуальных, в частности домашних, условиях.

-Социальная реабилитация включает снабжение бытовыми приспособлениями (с учетом характера двигательного дефекта), бесплатными лекарствами, средствами передвижения (кресло-коляска); обучение самообслуживанию. Нередко важна психологическая помощь семье и обучение навыкам ухода за тяжелыми больными с мышечной дистрофией.

Диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в 6 месяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет.

2. У врача на осмотре мальчик 14 лет с жалобами на слабость в ногах, быструю утомляемость при стоянии, периодические боли и ощущение онемения в стопах. В неврологическом статусе: симметричная мышечная слабость в дистальных отделах ног (свисающие стопы), гипотрофия голеней, конфигурация ног по типу «перевернутых бутылок», походка перонеальная, снижение коленных рефлексов, ахилловы рефлекс не вызываются, гипестезия по типу «носков».

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какие методы для верификации диагноза необходимы
- 3) Прогноз течения заболевания и возможное лечение.
- 4) Диспансерное наблюдение у невролога

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G60.0)

- 1) Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тута
- 2) ДНК диагностика, ЭНМГ
- 3) Прогноз: заболевание медленно прогрессирует, не сказывается на продолжительности жизни. Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксилаза), витамины группы В, ЛФК, массаж.
- 4) Диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в 6 месяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет

3. Больная М., 16 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость в ногах. Стало трудно подниматься по лестнице, вставать со стула, с пола. Из анамнеза выяснилось, что болезнь развивается медленно, постепенно без видимой причины. С 10-12 летнего возраста начала отставать от сверстников на уроках физкультуры, особенно при беге, с 14 лет бегать совсем не может. К 16 годам стало трудно подниматься по лестнице и по ступенькам в транспорте. Каких-либо инфекционных заболеваний или травм не было. При исследовании в клинике патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

В неврологическом статусе: общемозговых, менингеальных симптомов не отмечено. Имеется парез проксимальных отделов рук и ног. Атрофия мышц плечевого пояса с 2-х сторон, крыловидные лопатки. Тонус мышц рук понижен, сухожильные рефлекс сохранены. В ногах также отмечена гипотония мышц, гипотрофия, больше выраженная в проксимальных отделах. Сухожильные рефлекс: коленные – отсутствуют, ахилловы – снижены. Чувствительных нарушений не выявлено, координация не страдает. При вставании с пола нужен упор, «карабкается по себе». Тазовые функции не нарушены. Родители здоровы, старший брат больной также ходит с трудом из-за слабости ног.

Клинический анализ крови и мочи без патологии. Глазное дно: не изменено. Рентгенография легких: без особенностей. Прозериновый тест «отрицательный». ЭНМГ: снижение биопотенциалов в мышцах проксимальных отделов рук и ног и дистальных отделов ног. ЭЭГ без патологии.

Вопросы

1. Топический диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

3. Клинический диагноз, код по МКБ-10?

4. С какими болезнями надо проводить дифференциальный диагноз?

5. Основные принципы лечения.

6. Дайте прогноз жизни, трудовой деятельности.

7. По какому типу наследуется данное заболевание?

8. Будет ли болен ребенок у данной больной, если она захочет стать матерью?

Эталон ответа (код по МКБ 10: G71.0)

У больной нет поражения нервной системы. Страдают сами мышцы. Топический диагноз ставится путем исключения поражения других отделов нервной системы. Если у больной имеется периферический парез рук и ног (атрофия мышц, гипотония), то 1-й центральный двигательный нейрон не страдает. Если бы страдали передние рога спинного мозга, то наблюдались бы фасцикуляции мышц, и изменения на ЭМГ (высокоамплитудные единичные «залпы»). Если бы страдали передние корешки, периферический парез соответствовал бы пораженным сегментам, на ЭМГ были бы фасцикуляции. При поражении спинномозговых нервов, сплетений и периферических нервов периферический парез был бы в зоне этих поражений и наблюдались бы нарушения чувствительности. При поражении синапса (места передачи импульса с нерва на мышцу) наблюдалась бы миастеническая слабость (усиление пареза при физической нагрузке; улучшение – при прозериновой пробе). Остается поражение самих мышц. Данные ЭМГ это подтверждают.

2. Для уточнения диагноза можно провести исследование КФК, лактатдегидрогеназы и миоглобина в сыворотке крови, собрать генеалогические данные и проанализировать их. Необходимо осмотреть (обследовать) брата больной.

3. Прогрессирующая мышечная дистрофия, вероятнее всего форма Эрба-Рота.

4. Дифференциальный диагноз надо проводить с такими заболеваниями как миастения, невральные формы мышечных дистрофий, спинальными амиотрофиями (Кугельберга-Веландера).

5. В связи с отсутствием этиологического и патогенетического лечения назначают лечение симптоматическое – АТФ, витамин Е, церебролизин, рибоксин, преднизолон, массаж, ЛФК.

6. Прогноз для жизни - обычно при хорошем уходе больные доживают до 45-50 лет. Нетрудоспособна.

7. Данное заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу.

8. При аутосомно-рецессивном типе наследования ребенок получит только один патологический ген от матери и, следовательно, болезни у него не будет, так как второй ген он получит от отца. Предполагается, что супруги не состоят в кровном родстве.

4. На приеме ребенок 4 лет с жалобами со слов мамы на постепенно развившуюся слабость в ногах, стал с трудом подниматься по лестнице, часто падать. Совсем не может бегать, изменилась походка. Из анамнеза: ребенок от I беременности, I родов. Роды в срок, масса при рождении 3370. До 3 лет развивался соответственно возрасту. Сел в 6 месяцев, пошел в 10 месяцев.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, психическое развитие соответствует возрасту. Сила мышц в проксимальных отделах нижних конечностей, а также длинных мышц спины снижена. Выраженный поясничный лордоз. Псевдогипертрофия икроножных мышц: при пальпации икроножные мышцы плотные. Четырёхглавые мышцы дряблые. Своеобразно встаёт из горизонтального положения: сначала поворачивается на живот, затем, упираясь руками в пол, становится на четвереньки; разгибая колени выпрямляет ноги, после чего перебирая руками по ногам выпрямляется (симптом «лестницы»). Походка «утиная». Сухожильные рефлексы с рук живые S=D, коленные abs, ахилловы –

снижены S=D. Все виды чувствительности сохранены. Функция тазовых органов не нарушена.

Анализ мочи: содержание креатина в суточной моче 200мг (норма 70мг), креатинина 280мг (норма 350-400мг). Выявлена гипераминоацидурия.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Какие еще исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Прогноз при данном заболевании.
4. На что направлена терапия при данном заболевании?
5. Дать определение мышечных дистрофий. Какие виды мышечных дистрофий вы знаете?

Ответ: (код по МКБ 10: G 71.0)

1.Наследственная нервно-мышечное заболевание – псевдогипертрофическая форма Дюшена.

2. На ЭМГ с пораженных мышц будет отмечаться снижение амплитуды регистрируемых потенциалов при произвольных движениях.

3. Мышечная дистрофия Дюшена - одна из самых тяжелых и быстро прогрессирующих форм. К 12 годам больные обычно теряют способность передвигаться, а к 20 годам большинство из них погибает.

4. Не существует способов предотвратить или замедлить прогрессирование мышечной слабости при мышечной дистрофии. Терапия направлена главным образом на борьбу с осложнениями, такими, как деформация позвоночника, развивающаяся вследствие слабости мышц спины, или предрасположенность к пневмониям, обусловленная слабостью дыхательных мышц. В этом направлении достигнуты определенные успехи, и качество жизни больных с мышечной дистрофией улучшилось. Сейчас многие больные, несмотря на свой недуг, могут вести полноценную и продуктивную жизнь.

5. Мышечные дистрофии — это группа хронических наследственных миопатии, которые характеризуются прогрессирующим течением и специфическими гистологическими изменениями. Современные исследования в области молекулярной генетики расширили понимание патофизиологии многих видов дистрофии. Наиболее значимые дистрофии — это наследственные сцепленные с X-хромосомой дистрофинопатии — мышечные дистрофии Дюшена и Беккера, а также наследуемые по аутосомно-доминантному типу лице-плече-лопаточная, миотоническая, конечностно-поясная, окулофарингеальная и прогрессирующая офтальмоплегическая мышечные дистрофии.

5.На приеме мальчик 12 лет с жалобами на затруднение активных, произвольных движений в руках. С большим трудом начинает движение, а сделав его, не может сразу расслабить сократившиеся мышцы; если возьмется за предмет, то не может его быстро отпустить.

Из анамнеза: данные симптомы появились два года назад. Отмечает, что ухудшение самочувствие происходит при стрессовых ситуациях. Отец ребенка с юношеских лет страдает подобным заболеванием.

Объективно: ребенок атлетического телосложения. При смехе лицо больного застывает, возникает «гримаса смеха». С трудом начинает разговор, а потом говорит свободно. Все движения делает с паузой, последующие движения уже становятся свободными. При исследовании сухожильных рефлексов отмечается быстрое сокращение мышц и замедленное их расслабление. Сила мышц верхних и нижних конечностей несколько снижена и не соответствует их развитию. При механическом раздражении путем короткого удара неврологическим молотком в соответствующее место возникает «мышечный валик», который исчезает только через 10-20 секунд. Атрофии мышц и фибриллярных подергиваний не выявлено. Чувствительность не нарушена.

1. Клинический диагноз и и зашифруйте по МКБ-10.
2. Путь наследования данного заболевания.
3. Дать определение миотонии.
- 4.Какие виды миотоний существуют по классификации?
- 5.Частота встречаемости в популяции

Ответ: (код по МКБ 10: G 71.1)

1. Врожденная миотония Томсона.

2. Наследуется по аутосомно-доминантному типу.

3. Миотония – это группа заболеваний, характеризующихся наличием миотонического феномена в виде замедленной релаксации мышцы после ее сокращения.

4. Различают врожденную, атрофическую, холодовую и парадоксальную миотонию.

5. Частота встречаемости 0,3-1-на 400000 семей.

6. Больной 53 лет в находясь в деревне во время физической нагрузки внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отмечает нарушение мочеиспускания. При осмотре: вялый асимметричный нижний парапарез, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

1. Топический диагноз?

2. Предварительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?

3. Обследование?

4. Тактика ведения больного?

Ответ: (код по МКБ 10: G83.4)

1. Синдром конского хвоста.

2. Вертеброгенный генез - задняя центральная грыжа поясничной локализации. Возможна невринома конского хвоста.

3. МРТ, КТ.

4. Госпитализация в нейрохирургическое отделение

7. Больной Р., 38 лет. По профессии - водитель автомобиля. В течение 5 лет периодически после физической нагрузки ощущал кратковременные боли в пояснице, которые проходили после отдыха и местноанестезирующих мазевых растираний. Накануне обращения поднял груз. Возникла резкая боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу, не мог «разогнуться».

Неврологически: напряжение мышц поясничной области. Сколиоз. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены из-за боли. Болезненность при пальпации паравертебральных точек L4-L5- S1 справа. Ахиллов рефлекс справа снижен. Выявляется снижение болевой чувствительности по наружной поверхности правой голени. Положителен симптом Ласега справа под углом 30 градусов.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Назначьте план обследования.

Эталон ответа (код по МКБ 10: M 54.1)

1. Обострение хронической вертеброгенной пояснично-крестцовой радикулопатии.

2. Необходимо дифференцировать с метастатическим поражением позвоночника, туберкулёзным спондилитом.

3. Нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, мест-ноанестезирующие растирания, физиотерапевтическое лечение (диадинамические токи).

4. Рентгенография пояснично- крестцового отдела позвоночника, общий анализ крови, общий анализ мочи.

8. Пациент 32 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре: походка анталгическая, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5-S1 слева, положительный симптом Ласега 45 градусов слева, ахиллов рефлекс слева отсутствует, гипестезия по наружному краю голени слева.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10?

2. Методы обследования данного больного?

	<p>3. Дифференциальный диагноз? 4. Лечение? Эталон ответов: (код по МКБ 10: M51.1+G 55.1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дискогенная радикулопатия L5-S1 слева. 2. Рентгенография пояснично-крестцового отдела, МРТ пояснично-крестцового отдела. 3. Дифференциальная диагностика с опухолью пояснично-крестцового отдела позвоночника, болезнью Бехтерева. 4. НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия, местное применение НПВС, медикаментозная блокада. <p>9. Пациент 45 лет, ювелир, после нескольких часов работы без перерыва возникла боль, распространяющаяся от шеи и лопатки по задненаружной поверхности правого плеча и дорсальной поверхности предплечья ко II и III пальцам. В анамнезе имели место боли в шейном отделе позвоночника, которые облегчались приемом НПВС. При вертеброневрологическом осмотре выявлено ограничение движений в шее, больше ограничен поворот и наклон головы вправо, гипестезия в области II-III пальцев правой кисти, снижение рефлекса с сухожилия трехглавой мышцы справа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ? 2. Методы обследования данного больного? 3. Дифференциальный диагноз? 4. Лечение? <p>Эталон ответов: (код по МКБ 10: M 50.1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дискогенная радикулопатия C6-C7 справа. 2. Рентгенография шейного отдела, МРТ шейного отдела позвоночника. 3. Дифференциальная диагностика с туберкулезным спондилитом, экстремедуллярной опухолью шейных сегментов спинного мозга. 4. НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия, местное применение НПВС. <p>10. Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные пульсирующие боли в правой половине головы, возникающие после переутомлений и эмоционального напряжения. Страдает головными болями с 13 лет. Подобными головными болями страдают мать и две родные тети. Боли иррадиируют в правый глаз и верхнюю челюсть. На высоте головной боли, отмечается тошнота иногда рвота. Приступ длится несколько часов. Проходит после длительного сна или инъекций анальгетиков. Приступы повторяются - 1-2 раза в месяц. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 . 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 3. Предложите план обследования больной. 4. Назначьте лечение в период приступа головной боли. 5. Есть ли необходимость в проведении превентивной терапии? Ваши рекомендации по лечению в межприступный период. <p>Эталоны ответов: (код по МКБ 10: G 43.0)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мигрень без ауры 2. - Другими видами первичных головных болей (головная боль напряжения, кластерная ГБ, пароксизмальные гемикрании); - цервикогенная головная боль; - тригеминальная невралгия; - дисфункция височно-нижнечелюстного сустава; - аневризма головного мозга; 3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии ГМ) 4. - НПВС, кофеинсодержащие препараты (аскофен, цитрамон) + кофе, какао;
--	--

- препарат эрготамина и дигидроэрготамина (Дигидергот - назальный спрей), комбинированные препараты (Номигрэн (Эрготамин +Кофеин);

- триптаны (суматриптан, золмитриптан).

5. - Бета-адреноблокаторы (анаприлин, пропранолол, бисопролол, метоапролол);

- блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нимодипин);

- антиконвульсанты (вальпроаты, топирамат);

-антидепрессанты (ТЦА (амитриптилин, венлафаксин);

11. Молодая женщина, 25 лет, вышла на работу через год после рождения ребенка, отдав его в ясли. Половину дня работает вне дома и частично берет работу на дом, занимается компьютерной графикой. В течение последних месяцев стала беспокоить периодическая головная боль, стягивающего характера, двухсторонняя, средней или легкой интенсивности, за это время было около 10 таких эпизодов. Продолжается головная боль в течение целого дня, обычно не мешает выполнять домашнюю работу и не нарушает сон. За этот период времени характер головных болей никак не изменился, тошноты и рвоты не бывает. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено, при пальпации перикраниальных мышц определяется умеренная болезненность.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Предложите план обследования больной.

4. Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

Эталоны ответов : (код по МКБ 10: G 44.2)

1. Частая эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц.

2. - С другими видами первичных головных болей (мигрень, кластерная ГБ, пароксизмальные гемикрании, сосудистая головная боль);

- цервикогенная головная боль;

- дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;

- опухоли головного мозга;

3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии ГМ).

4. - НПВС по потребности (не злоупотреблять во избежании развития абюзусного характера головной боли);

- миорелаксанты (тизанидин, толперизон);

-: антидепрессанты (амитриптилин, миртазапин,

венлафаксин);

- массаж шейно-воротниковой зоны, мягкие мануальные методики;

- ИРТ, ЛФК.

- нормализация режима труда и отдыха (полноценный 7-8-часовой ночной сон)

12. Мужчина 38 лет обратился к врачу в связи с возникновением у него (второй раз в жизни) приступов головной боли, в области левого глаза, очень сильных, нестерпимых, сопровождающихся покраснением глаза, слезотечением, заложенностью левой половины носа, продолжительностью около 1 часа, возникают до 3-4 раз в день, а также каждую ночь, в одно и тоже время. В первый раз подобные приступы (2 года назад) продолжались 2 недели, затем внезапно прекратились.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Предложите план обследования больного.

4. Назначьте лечение.

Эталоны ответов: (код по МКБ 10: G 44.0)

1. Эпизодическая кластерная головная, обострение.

2. - Другими видами первичных головных болей (мигрень, пароксизмальные гемикрании);
- - цервикогенная головная боль;
 - тригеминальная невралгия;
3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии головного мозга).
4. Лечение приступа ГБ:
- кислородные ингаляции;
 - спрей с лидокаином;
 - препарат эрготамина и дигидроэрготамина (Дигидергот - назальный спрей), комбинированные препараты (Номигрэн (Эрготамин +Кофеин);
 - триптаны (суматриптан, золмитриптан).
5. - блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нимодипин);
- антиконвульсанты (вальпроаты, топирамат);
 - антидепрессанты (ТЦА (амитриптиллин, имипрамин,миансерин); СИОЗСН(флуоксетин, сертралин,пароксетин, эсциталопрам);
 - отказ от алкоголя, нормализация ночного сна (7-8 часовой сон).

13. Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмашистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам, сухость и шелушение кожи. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба.

1. Поставьте топический диагноз , определите уровень поражения.
2. Ведущий неврологический синдром.
3. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
4. Предложите план обследования больного.
5. Назначьте лечение.

Эталоны ответов: (код по МКБ 10: G 20)

1. Поражение экстрапирамидной системы (паллидарного отдела, s. nigra).
2. Гипокинетически-гипертонический синдром (акинетико-ригидный) синдром.
3. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидно-дрожательная форма с преимущественным вовлечением правых конечностей, I ст. по Хен-Яр.
4. МРТ головного мозга (для исключения вторичного паркинсонизма).
5. - Расширение двигательного режима (пешие прогулки, скандинавская ходьба, ЛФК);
- агонисты дофаминовых рецепторов (прамипексол, ропинирол, ротиготин);
- и/или — амантадина (мидантан, ПК-мерц).

14.К врачу обратился мужчина 45 лет с жалобами на насильственные произвольные движения в конечностях, лице, туловище, ухудшение памяти, внимания, изменение походки. Данные жалобы беспокоят последние 7 месяцев, к врачам не обращался. В неврологическом статусе: хореический гиперкинез, сухожильные рефлексы оживлены D=S с верхних и нижних конечностей, патологических рефлексов нет, походка «танцующая», легкое снижение когнитивных функций. Отец имел подобные симптомы, умер от пневмонии в психиатрической клинике в 56 лет.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какие методы для верификации диагноза необходимы

3) Прогноз течения заболевания и возможное лечение.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 10)

- 1) Болезнь Гентингтона.
- 2) ДНК исследование, консультация врача генетика
- 3) Прогноз не благоприятный, как правило смертельный исход наступает через 10-15 лет после дебюта заболевания. Этиотропного лечения нет. Рекомендуются нейролептики, могут использоваться противопаркинсонические препараты.

15. Мужчина 58 лет, работает инженером, диагностирована болезнь Паркинсона 5 лет назад, в течение этого времени принимал леводопу/карбидопу 250/25 мг 3 раза в сутки, на фоне данной терапии мужчина продолжал работать, вести активный образ жизни. 5 месяцев назад стал отмечать усиление скованности и замедленности движений в утренние часы, данные симптомы стали нарастать через 1-1,5 часа после приёма леводопы/карбидопы, которые проходили после приёма очередной дозы препарата, а также появились периоды непредсказуемых застываний, в результате которых было несколько эпизодов падений. Для сохранения активного состояния в рабочее время пациент самостоятельно постепенно нарастил частоту приёма леводопы до 6 таблеток в день одновременно увеличив утреннюю и дневную дозу леводопы до 2 таблеток на приём. В настоящее время у больного участились эпизоды застываний с болезненным спазмом мышц. После приёма очередной дозы леводопы через 30 минут появляются неконтролируемые движения в туловище и конечностях, сменяющиеся через 1,5 часа скованностью и замедленностью. Ввиду ухудшения состояния пациенту пришлось оставить работу, затруднено выполнение домашних дел, самообслуживание сохранено.

1. Ведущий неврологический синдром.
2. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10.
3. Какие типы осложнений имеются у пациента?
4. Предложите варианты медикаментозной коррекции терапии.
5. Возможно ли у данного пациента хирургическое лечение?

Эталоны ответов: (код по МКБ 10: G 20)

1. Гипокинетически-гипертонический синдром (акинетико-ригидный) синдром.
2. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидно-дрожательная форма с постуральной неустойчивостью, III ст. по Хен-Яр, клинический патоморфоз в виде феномена истощения конца дозы, дискинезии пика дозы.
3. Моторные флуктуации в виде феномена «истощения конца дозы», феномена «включения-выключения» и дискинезии пика дозы на фоне бесконтрольного приёма препаратов леводопы.
- 4 1) Расширение двигательного режима (пешие прогулки, скандинавская ходьба, ЛФК);
- не сочетать прием препаратов леводопы с белковой пищей (прием либо с углеводной пищей, либо прием препаратов леводопы за 1 час до еды или через 2 часа после еды).
- 2) Обеспечить постоянную концентрацию леводопы в крови:
Варианта коррекции:
- дробление дозы леводопы с увеличением кратности её приёма и снижением её разовой дозы (оставив неизменной общую суточную дозу);
- добавление АДР (прамипексол, ропинирол, ротиготин), а также АДР длительного действия (Мирапекс ПД); и/или — амантадинов (мидантан, ПК-мерц); и/или ингибиторов МАО-В (Азилект);
- замена стандартного препарата леводопы на препараты с контролируемым (медленным) высвобождением (Сталево, Мадопар ГСС), при неконтролируемых застываниях и выраженной утренней скованности - приём быстродействующих форм леводопы утром (Мадопар Д).
5. Возможно нейрохирургическое лечение (стимуляция через вживлённые электроды таламуса, субталамического ядра).

Показания к операции:

- возраст менее 70 лет;
- длительность заболевания от 5 лет и более;
- не менее 3 ст. по Хен-Яру;
 - хороший ответ на препараты леводопы;
 - выраженные флуктуации и дискинезии, вызванные бесконтрольным приёмом леводопы, а также при отсутствии эффекта от вышепредставленных вариантов коррекции;
 - отсутствие депрессивного синдрома и выраженного когнитивного дефицита.

16. Больная 55 лет. Считает себя больной с течением двух лет, когда появились неустойчивость при ходьбе, затруднение походки, тихий голос, невозможность быстро повернуться во время ходьбы. При поступлении состояние удовлетворительное, походка замедленная, выявляются ахейрокинез, олиго- и брадикинезия, гипомимия, редкое мигание, немодулированный тихий голос, повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Парезов нет, сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, расстройств чувствительности нет, интеллект сохранен. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Глазное дно без патологии. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила умеренные явления остеохондроза межпозвоночных дисков. МРТ головного мозга - без патологических изменений.

1. Ваш первичный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?

2. Ваша тактика лечения?

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 20)

Акинетико-ригидный (гипертонически-гипокинетический синдром, синдром

Паркинсонизма). Может быть обусловлен болезнью Паркинсона (при наличии семейной предрасположенности), сосудистым, инфекционным, посттравматическим или интоксикационным поражением паллидарной системы. Лечение-индивидуальный подбор противопаркинсонических препаратов из различных групп (препараты L-ДОПА, антагонисты ацетилхолина, из группы бромкриптина, ингибиторов MAO и т. д, комбинированные препараты).

17. Больной П., 32 лет обратился к неврологу с жалобами на слабость в правой стопе, затруднения при ходьбе из-за слабости. Из анамнеза известно, что заболел остро, вышеперечисленные жалобы появились утром после сна. Пациент работает плиточником, накануне вечером длительно работал в вынужденной позе (на корточках). При осмотре: ступня справа при ходьбе, ограничение тыльного сгибания правой стопы, невозможность становиться и ходить на пятках, снижение мышечной силы разгибателей правой стопы до 3 баллов, ахиллов и коленный рефлексы справа сохранены.

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .

2. Сформулируйте клинический диагноз?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?

4. Предложите план лечения.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 57.3)

1. Поражение малоберцового нерва справа

2. Невропатия правого малоберцового нерва вследствие сдавления на уровне головки малоберцовой кости с выраженным парезом разгибателей правой стопы, острая стадия.

3. ЭНМГ

4. - Фиксация стопы ортезами;

- ЛФК (активные и пассивные движения - для предупреждения контрактур);

- НПВС для уменьшения болевого синдрома, отека и признаков воспаления в области нерва;

- витамины группы В

- ингибиторы холинэстеразы (для улучшения проводимости по нерву) - прозерин, ипидакрина гидрохлорид;

- улучшение кровоснабжения нерва (пентоксифиллин, кавинтон);

- антиоксиданты (препараты тиоктовой кислоты).

- физиотерапия: магнитотерапия, амплипульс, ультразвук, электрофорез, электростимуляция, ИРТ, массаж.

18. На приеме молодой человек лет с жалобами на слабость, чувство онемения в области IV и V пальцев правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появились несколько дней назад, мальчик по долгу делает уроки и любит сидеть за письменным столом с опорой локтями о стол.

Объективно: Сила правой руки снижена, не может отвести 4-5 пальцы в сторону. Снижены трицепсальный и карпорадиальный рефлексы справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «когтистой лапы».

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .

2. Обоснование клинического диагноза.

3. Назовите основные причины данного заболевания.

4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 56.2)

1. Неврит правого локтевого нерва.

2. Обоснование: симптом «когтистой лапы», нарушение двигательных и чувствительных функций кисти, данные анамнеза.

3. Чаще всего это компрессия нерва в области локтевого сустава, возникающая у лиц, которые работают с опорой локтями о станок, верстак, письменный стол и даже при длительном сидении с положением рук на подлокотниках кресел. Изолированное поражение нерва наблюдается при переломах внутреннего мыщелка плеча и при надмыщелковых переломах. Иногда поражение нерва наблюдается при сыпном и брюшном тифе и других острых инфекциях.

4. Назначают витамины группы В с и Е, противовирусные препараты, антихолинэстеразные препараты, дибазол, дуплекс, гомеопатические средства. При отсутствии признаков восстановления в течение 1—2 месяцев показана операция (невролиз, сшивание нервного ствола и т.д.)

5. Применяют физиобальнеотерапию, массаж, ЛФК, иглоукалывание, стимуляцию нерва и мышц (физиотерапия устраняет парестезии и боли, восстанавливает силу в мышцах руки при лечении неврита локтевого нерва).

19. Женщина 62 лет обратилась с жалобами на онемение стоп и слабость в ногах, ощущение покалывания, боль, жжение в стопах, которое усиливается в покое (ночью). При осмотре: сухость, шелушение кожи стоп. В неврологическом статусе: гипестезия по типу «носков», снижение ахиллова рефлекса и снижение вибрационной чувствительности на больших пальцах стоп. Пять лет назад у пациентки выявлен сахарный диабет II типа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?

2. Методы обследования данной больной?

3. Дифференциальный диагноз?

4. Лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: E11.4+G 63.2)

1. Диабетическая полинейропатия, сенсо-моторная форма.

2. ЭНМГ, консультация эндокринолога

3. Дифференциальная диагностика с другими видами полинейропатий: токсическая, инфекционно-воспалительная, полинейропатия при других эндокринологических и метаболических нарушениях.

4. Препараты альфа-липоевой кислоты, сосудистые препараты (Пентоксифиллин), антиконвульсанты для снятия болевого синдрома (Габапентин, Прегабалин), витамины группы В, ипидакрин, уход за кожными покровами.

20. На приеме молодой человек 23 лет с жалобами на слабость и чувство онемения в правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появились сегодня утром, любит спать на боку подложив кисть руки под щеку. Накануне принимал алкоголь.

Объективно: Сила правой руки снижена, не может разогнуть кисть и 2-5 пальцы, отвести большой палец. Снижены трицепитальный и карпорадиальный рефлексы справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «свисающая кисть». и зашифруйте по МКБ-10

1. Поставить клинический диагноз .
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Назовите причины неврита лучевого нерва.
4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.
5. Какие физиотерапевтические процедуры необходимо назначить для лечения больного с данным заболеванием?

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 56.3)

1. Нейропатия правого лучевого нерва.
2. Обоснование: симптом «свисающая кисть», нарушение двигательных и чувствительных функций в кисти, данные анамнеза (длительное прижатие лучевого нерва к плечевой кости во время сна).
3. Часто нерв поражается во время сна, когда больной спит, положив руку под голову или под туловище, при очень глубоком сне, связанном часто с опьянением или в редких случаях с большой усталостью («сонный» паралич). Возможны сдавление нерва костылем («костыльный» паралич), при переломах плечевой кости, сдавлении жгутом, неправильно произведенной инъекции в наружную поверхность плеча, особенно при аномальных расположениях нерва. Реже причиной являются инфекция (сыпной тиф, грипп, пневмония и др.) и интоксикация (отравление свинцом, алкоголем). Самый частый вариант сдавления – на границе средней и нижней трети плеча у места прободения нервом латеральной межмышечной перегородки.
4. Назначают витамины группы В и Е, НПВС или блокады со стероидами, антихолинэстеразные препараты, дибазол, сосудистые. При отсутствии признаков восстановления в течение 1—2 месяцев показана операция (невролиз, сшивание нервного ствола и т.д.)
5. Применяют физиобальнеотерапию, массаж, ЛФК, иглоукалывание, стимуляцию нерва и мышц (нейростимуляция устраняет парестезии и боли, восстанавливает силу в мышцах руки при лечении неврита лучевого нерва).

21. Больная В., 42 лет 3 месяца назад перенесла операцию на органах ЖКТ, в течение которой левая рука длительное время находилась в разогнутом состоянии. В настоящее время у больной наблюдается гипотрофия межкостных мышц и мышц в области гипотенора левой кисти. Затруднено сгибание VI-V пальцев, дистальные фаланги этих пальцев согнуты, проксимальные – разогнуты. Снижены все виды чувствительности по внутренней поверхности предплечья, кисти, мизинца и безымянного пальца.

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
4. Предложите план лечения.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 56.2)

1. Поражение локтевого нерва слева.
2. Невропатия левого локтевого нерва вследствие сдавления в локтевом канале с выраженным парезом сгибателей правой стопы.
3. ЭНМГ
4. - избегать длительного сгибания предплечья (шина - для иммобилизации локтевого сустава);
 - ЛФК (активные и пассивные движения - для предупреждения контрактур);
 - НПВС для уменьшения болевого синдрома, отека и признаков воспаления в области нерва;
 - витамины группы В;
 - ингибиторы холинэстеразы (для улучшения проводимости по нерву) - прозерин, ипидакрина гидрохлорид;
 - улучшение кровоснабжения нерва (пентоксифиллин, кавинтон);

- антиоксиданты (препараты тиоктовой кислоты).
- физиотерапия: магнитотерапия, амплипульс, ультразвук, электрофорез, электростимуляция, ИРТ, массаж.

22. Больная Ж., 45 лет, заболела остро, 3 дня назад. После переохлаждения, ве-чером, почувствовала боли в заушной области. Утром развилась асимметрия лица.

Неврологически: лицо асимметрично. Слева не может наморщить лоб, нахмурить брови. Глазная щель справа полностью не смыкается. Положительен симптом Белла. Слезотечение из левого глаза. Грубая сглаженность ле-вой носогубной складки. Движения угла рта слева резко ограничены. Нарушений вкуса, гипераккузии нет.

1. Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Назначьте план обследования.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 51.0)

1. Острая невралгия левого лицевого нерва.

2. Необходимо исключить симптоматический характер невралгии /при за-болевании ЛОР-органов, сахарном диабете /.

3. Нестероидные противовоспалительные средства, преднизолон, сосудорасширяющие препараты, с 7-го дня антихолинэстеразные средства, вит. группы В, фонофорез с гидрокортизоном, лечебная физкультура, массаж, ИРТ.

4. Осмотр ЛОР- врача, исследование крови на сахар.

23. Мужчина 48 лет жалуется на онемение, «жжение» стоп, боль в мышцах голени. Эти явления появились и нарастали в течение двух месяцев. Кроме того, в течение года отмечает неустойчивость при ходьбе. Родственники пациента рассказали о его злоупотреблении алкоголем длительное время. В неврологическом статусе: снижение силы разгибателей стоп до 4б, гипотония икроножных мышц, болезненность при пальпации мышц голени и стоп, отечность голени и стоп, ахилловы рефлексы не вызываются, выраженное интенционное дрожание при выполнении пяточно-коленной пробы. Снижение поверхностной чувствительности в стопах. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп. При выполнении коленно-пяточной пробы отмечается атаксия с двух сторон.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?

2. Методы обследования данного больного?

3. Дифференциальный диагноз?

4. Лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: G 62.1)

1. Алкогольная полинейропатия, сенсомоторная форма.

2. Дифференциальный диагноз с другими полинейропатиями (при сахарном диабете, уремии, васкулитах), с сифилитической спинной сухоткой.

3. ЭНМГ, консультация нарколога.

4. Витаминотерапия, высокие дозы витамина В1, прозерин, препараты альфа-липоевой кислоты. Антikonвульсанты для устранения болевого синдрома. Физиотерапия, ЛФК.

24. Больная Т., 35 лет, жалуется на жгучие боли в правой половине лица, преимущественно в области верхней и нижней челюсти. Боли носят приступообразный характер длятся 1-3 сек. Приступы болей возникают при жевании, разговоре, умывании, прикосновении к лицу, чистке зубов. Впервые боли появились 3 месяца назад после перенесенного гриппа. В неврологическом статусе: болезненность в точках выхода II и III ветвей правого тройничного нерва. Курковая зона около крыла носа справа и на слизистой полости рта справа

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10.

2. Сформулируйте клинический диагноз?

	<p>3. Предложите план обследования больной. 4. Определите план лечения. Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 50.0)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поражение II и III ветвей тройничного нерва справа. 2. Невралгия второй-третьей ветвей правого тройничного нерва. 3. МР-ангиография головного мозга (вазонеуральный конфликт) 4.- НПВС для уменьшения болевого синдрома; <ul style="list-style-type: none"> - антиконвульсанты; - прегабалины; габапентин; - физиотерапия, ИРТ; - хирургическое лечение (микроваскулярная декомпрессия нерва, чрескожная термокоагуляция или чрескожная микрокомпрессия Гассерова узла). <p>25. Пациент М., 18 лет накануне вечером находился длительное время на улице без головного убора. Вечером почувствовал боли в заушной области справа. Утром обнаружил асимметрию лица. В неврологическом статусе: при нахмуривании правая бровь неподвижна, лагофтальм справа, положительный симптом Белла, слезотечение из правого глаза, опущен правый угол рта, при попытке улыбнуться правый угол рта неподвижен. Отмечает непереносимость громких звуков, снижение вкуса на передних 2/3 языка справа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Поставьте топический диагноз, определите уровень поражения. 2. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10? 3. Предложите план обследования больного. 4. Определите план лечения. <p>Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 51.0)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Поражение лицевого нерва справа на уровне ниже n. petrosus major, но выше n. stapedius. 2. Острая невропатия правого лицевого нерва с выраженным парезом мимической мускулатуры справа. 3. Рентгенография пирамиды височной кости по Стенверсу справа. 4.- НПВС для уменьшения болевого синдрома; <ul style="list-style-type: none"> - ГКС (преднизолон) по схеме (60 мг в сутки в 2 приёма утром с последующим снижением дозы на 5 мг ежедневно до полной отмены); - никотиновая кислота п/к в заушную область; - витамины группы В (В1, В6, В12); - улучшение кровоснабжения нерва (пентоксифиллин, кавинтон); - ингибиторы холинэстеразы (для улучшения проводимости по нерву) с 14 дня после начала заболевания - прозерин, ипидакрин гидрохлорид; - физиотерапия, ИРТ; - пластырное вытяжение. <p>26. Больной 68 лет на протяжении ряда лет жаловался на головную боль, шум в голове, плохую память, бессонницу. Днем поволновался, внезапно почувствовал головокружение, упал. Сознание не терял. Появилась икота, общая слабость, стало трудно глотать.</p> <p>В приемном отделении: Больной в сознании, на вопросы отвечает правильно, ориентирован в месте и во времени. Обоняние не нарушено. На глазном дне сосуды склерозированы. Острота зрения обоих глаз 1,0. Правый зрачок шире левого. Реакция зрачков на свет и конвергенцию вялая. Энофтальм слева. Неполный птоз верхнего века левого глаза. Горизонтальный нистагм влево. Аналгезия, терманестезия кожи левой половины лица. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа— отчетливый. Движения нижней челюсти не ограничены. Асимметрии лица нет. Неподвижность левой половины мягкого неба и паралич левой голосовой связки. Дисфагия, дизартрия.</p> <p>Язык по средней линии. Активные движения в конечностях в полном объеме, мышечная сила в них 5 баллов, промахивание при пальце-носовой</p>
--	--

пробе левой рукой, при пяточно-коленной пробе — левой ногой. Тонус мышц левой руки и ноги понижен. Болевая и температурная чувствительность на правой половине туловища, правой руке и ноге отсутствуют. Проприоцептивная чувствительность не нарушена. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках, коленные и ахилловы рефлексы равномерно оживлены. Брюшные рефлексы равны. Патологических рефлексов нет. Симптом Маринеску-Радовичи с обеих сторон. Симптома Кернига и ригидности затылочных мышц нет. Артериальное давление 90/50. Тоны сердца приглушены. Пульс 68, аритмичный. Общий анализ мочи и крови без патологии.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I.63.5 Острое нарушение мозгового кровообращения по типу ишемического инсульта в бассейне левой задней нижней мозжечковой артерии. Синдром Валленберга— Захарченко. Острейший период.
2. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.
3. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.
4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

27. Больная 40 лет страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала. Вызвана КСП.

В приемном отделении: Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. 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 отмечаются приступы сильнейшего тонического спазма мышц, преимущественно в проксимальных отделах конечностей по 20-30с, затем тонус снижается. Это сопровождается общим беспокойством, учащением пульса и дыхания, иногда на высоте приступа наблюдаются круговые движения глазных яблок. Ригидности мышц затылка нет. На уколы туловища не реагирует.

Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон.

Во время осмотра была рвота. Пульс 106, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД— 230/120. Температура 37,5°
Лейкоцитоз 8600*10*9. Дыхание Чейн-Стокса.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответы:

1. I61.1 Кровоизлияние в правое полушарие головного мозга с прорывом в боковой желудочек. Горметонический синдром. Кома 2ст.

2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ ГМ с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью.

4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

28. Больной Т. 18 лет доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» из юношеской спортивной школы. Во время тренировки внезапно вскрикнул, потерял сознание, упал. Травмы черепа не было. О случившемся по телефону сообщено родителям. Мать больного рассказала, что он рос и развивался нормально. Спортивную школу посещает 2 года. Около двух месяцев назад стал жаловаться на пульсирующий шум в правом ухе, к врачу не обращался. Ежегодно осматривается во врачебно-физкультурном диспансере, отклонений в состоянии здоровья не отмечено.

При осмотре: сознание утрачено. Пульс ритмичный, 110 ударов в мин. Тоны сердца приглушены, АД— 100/60. Дыхание типа Чейн-Стокса. Зрачки широкие, реакция на свет отсутствует. Корнеальные рефлексы утрачены. Резкое напряжение мышц разгибателей конечностей, руки и ноги вытянуты. Мышцы на ощупь твердые, пассивное сгибание невозможно. Сухожильные рефлексы высокие, клонусы надколенников и стоп. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца. Из-за резкого напряжения мышц симптом Кернига проверить не удается. Непроизвольное мочеиспускание.

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их четкие, сосуды не изменены.

Люмбальная пункция: ликвор вытекает под давлением, интенсивно окрашен кровью.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I61.1 G93.6 G93.5 Массивное субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние с прорывом крови в желудочки. Отек мозга, дислокация и сдавление ствола мозга. Запредельная кома.

2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии – оперативное вмешательство, по удалению аневризмы, нимодипин, осмотические диуретики.

29. Больной К, 47 лет утром после вставания с кровати упал из-за слабости в ногах. Вызвал КСП.

В неврологическом статусе: у больного выявлены отсутствие движения в ногах, снижение мышечного тонуса в них, повышение коленных и ахилловых рефлексов с обеих сторон, двусторонние патологические знаки Бабинского и Россоломо, отсутствие брюшных рефлексов, наличие защитных рефлексов и клонусов стоп и надколенников с обеих сторон. Имеется нарушение болевой и температурной чувствительности с Д7-8, нарушение глубокой чувствительности в ногах, задержка мочеиспускания. Менингеальных знаков не выявлено.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Спинальный ишемический инсульт, нижняя центральная параплегия, проводниковая тотальная анестезия, задержка мочи

2. МРТ гр. отдела позвоночника, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с геморрагическим спинальным инсультом, опухолью спинного мозга грудной локализации, рассеянным склерозом, поперечным миелитом.

4. I63.8 Глюкокортикостероиды, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты, антибиотики широкого спектра. Лечебная физкультура, массаж.

30. Студент колледжа почувствовал недомогание. Температура быстро достигла 39 °С, появилась тошнота, рвота, стал вялым, сонливым. Через несколько часов у юноши нарушилось сознание, после чего родители вызвали КСМП. При осмотре: АД 140/90 мм. рт.ст., пульс 98 уд/мин., мелкоточечную сыпь в области подколенных ямок, локтевых суставов, ягодиц. В неврологическом статусе: положительные симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний), ригидность затылочных мышц. Была выполнена люмбальная пункция. В ликворе: давление 300 мм. водного ст., мутная, желтоватого цвета, нейтрофильный плеоцитоз- 1500 в 1 мм³.

- 1) Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какие дополнительные методы обследования могут быть использованы для верификации диагноза?
- 3) Составьте план лечения
- 4) Форма курации больного после перенесенной инфекции, продолжительность и кратность наблюдения.
- 5) Противоэпидемические мероприятия в очаге менингококковой инфекции

Эталон ответа:

- 1) G01 (A39.0) Менингококковый менингит
- 2) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к антибиотикам, ПЦР
- 3) Пенициллины (ампициллин 6-8 г х 6 р), цефалоспорины III (цифтриаксон 1-4 г х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.
- 4) Все больные, перенесшие менингит, должны находиться на диспансерном учете под наблюдением районного невролога и участкового врача не менее 2 лет. При благоприятном исходе болезни обследование проводится в течение первого года один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев. При наличии остаточных явлений назначается соответствующее лечение (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 23.12.98 N 375).

5. Обязательной регистрации и подаче экстренного извещения в Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора подлежат случаи генерализованной формы менингококковой инфекции (ГФМИ): менингококковый (эпидемический цереброспинальный) менингит, менингококцемия (сепсис, без поражения мозговых оболочек), их

сочетанные формы, а также при подозрении на эти заболевания и бактериологически подтвержденные менингококковые назофарингиты.

Больные генерализованной формой менингококковой инфекции или при подозрении на нее немедленно госпитализируются в специализированные отделения инфекционных больниц, а при их отсутствии - в боксы или полубоксы.

Больные с бактериологически подтвержденным менингококковым назофарингитом, выявленные в очагах инфекции, в зависимости от тяжести клинического течения, помещаются в инфекционные больницы или в специальные развернутые стационары. Они могут быть изолированы на дому, если в семье или квартире нет больше детей дошкольного возраста и лиц, работающих в детских дошкольных учреждениях, а также при условии проведения регулярного медицинского наблюдения и лечения.

Больные острым назофарингитом (бактериологически не подтвержденным), выявленные в очаге менингококковой инфекции, подлежат лечению по назначению врача, установившего диагноз. Из детских дошкольных коллективов эти больные изолируются на время лечения и допускаются в коллектив только после исчезновения острых явлений.

Контактные с больным, оставленным на дому, дети, посещающие детские дошкольные учреждения и лица, работающие в этих учреждениях, допускаются в коллектив только после медицинского осмотра и однократного бактериологического обследования с отрицательным результатом.

Выписка из стационара больных ГФМИ и назофарингитом производится после полного клинического выздоровления, без бактериологического обследования на носительство менингококков.

31. На приеме молодой человек 20 лет, с жалобами на боли, чувство ползания мурашек, покалывание и онемение в области поясницы и по задней поверхности обеих ног. Из анамнеза: 14 дней назад в парке укусил клещ, удалил его самостоятельно, к врачам не обращался.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, во времени и пространстве ориентирован. Глазные щели S=D, реакция на свет зрачков живая. Снижена сила мышц в дистальных отделах ног до 4-4,5 баллов. Гипотония мышц в дистальных отделах ног и снижение сухожильных рефлексов с ахиллова сухожилия S=D. Положительные симптомы Ласега и Вассермана. В нижних конечностях – расстройство чувствительности по полиневритическому типу.

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Обоснование клинического диагноза.

3. Какие клинические анализы необходимо провести для подтверждения данного диагноза?

4. Принципы этиотропной терапии при клещевом энцефалите и прогноз в данном случае.

5. Основные средства специфической профилактики КВЭ.

1. А84.0 Клещевой энцефалит, полирадикулоневритическая форма.

2. Обоснование: на основании анамнеза (укус клеща 14 дней назад), вялый парез дистальных отделов ног, расстройства чувствительности по полиневритическому типу.

3. ПЦР крови на клещевой энцефалит — определяет наличие вируса в крови.

ПЦР ликвора — определяет наличие вируса в спинномозговой жидкости.

Положительный IgM к клещевому энцефалиту в сыворотке крови говорит о том, что человек недавно заразился вирусом клещевого энцефалита.

Положительный IgG к клещевому энцефалиту — G антитела появляются позже, чем M. Сохраняются в крови всю жизнь после перенесенного клещевого энцефалита. Отвечают за иммунитет. Выработка IgG является основной целью вакцинации от клещевого энцефалита.

Наличие в крови антител и G и M, говорит о текущей инфекции. Если определяются только IG — то это или поздний срок заболевания или результат вакцинации.

4. Этиотропная терапия заключается в назначении гомологичного гамма-глобулина, титрованного против вируса клещевого энцефалита. Препарат оказывает четкий терапевтический эффект, особенно при средне-тяжелом и тяжелом течении болезни. Гамма-глобулин рекомендуют вводить по 6 мл внутримышечно, ежедневно в течение 3 сут. Лечебный эффект наступает через 12—24 ч после введения гамма-глобулина — температура тела снижается до нормы, общее состояние больных улучшается, головные боли и менингеальные явления уменьшаются, а иногда и полностью исчезают. Чем раньше вводится гамма-глобулин, тем быстрее наступает лечебный эффект. В последние годы для лечения клещевого энцефалита применяют сывороточный иммуноглобулин и гомологичный полиглобулин, которые получают из плазмы крови доноров, проживающих в природных очагах заболевания. В первые сутки лечения сывороточный иммуноглобулин рекомендуют вводить 2 раза с интервалами 10—12 ч по 3 мл при легком течении, по 6 мл — при среднетяжелом и по 12 мл — при тяжелом. В последующие 2 дня препарат назначают по 3 мл однократно внутримышечно. Гомологичный полиглобулин вводят внутривенно по 60—100 мл. Считается, что антитела нейтрализуют вирус (1 мл сыворотки связывает от 600 до 60 000 смертельных доз вируса), защищают клетку от вируса, связываясь с ее поверхностными мембранными рецепторами, обезвреживают вирус внутри клетки, проникая в нее путем связывания с цитоплазматическими рецепторами.

Для специфического противовирусного лечения клещевого энцефалита используется также рибонуклеаза — ферментный препарат, приготовляемый из тканей поджелудочной железы крупного рогатого скота. РНК-аза задерживает размножение вируса в клетках нервной системы, проникая через гематоэнцефалический барьер. Рибонуклеазу

рекомендуют вводить внутримышечно в изотоническом растворе натрия хлорида (препарат разводят непосредственно перед выполнением инъекции) в разовой дозе 30 мг через 4 ч. Первую инъекцию выполняют после десенсибилизации по Безредко. Суточная доза вводимого в организм фермента составляет 180 мг. Лечение продолжают в течение 4—5 дней, что обычно соответствует моменту нормализации температуры тела.

Современным способом лечения вирусных нейроинфекций является применение препаратов интерферона (реаферона, лейкоинферона и др.), которые можно вводить внутримышечно, внутривенно, эндолумбально и эндолимфатически. Следует учитывать, что большие дозы интерферона (ИФН) 1—3—6- 106 МЕ — обладают иммунодепрессивным свойством, а устойчивость клеток к проникновению вируса не прямопропорциональна титрам ИФН. Поэтому целесообразно использовать относительно небольшие дозы препарата, либо применять индукторы интерферона (двухспиральная РНК фага 2, амиксин, камедон и др.), обеспечивающие невысокие титры ИФН и обладающие иммуномодулирующим свойством. Двухспиральную РНК фага (ларифан) вводят внутримышечно по 1 мл с интервалом 72 ч от 3 до 5 раз. Амиксин в дозе 0,15-0,3 г назначают перорально с интервалом 48 ч от 5 до 10 раз.

Течение данной формы благоприятное, с хорошим восстановлением нарушенных функций.

5.Основными средствами специфической профилактики КВЭ служат вакцинация или экстренная профилактика человеческим иммуноглобулином против КВЭ. К средствам неспецифической профилактики относятся проведение расчистки и благоустройства территорий, акарицидных и дератизационных обработок лесопарковых зон, кладбищ, зон массового отдыха, коллективных садов, закрытых оздоровительных учреждений, индивидуальная защита людей от нападения клещей (специальная одежда, периодические само- и взаимоосмотры, применение специальных противоклещевых средств для индивидуальной защиты).

32.Больной 32 лет, художник. Обратился к врачу с жалобами на онемение ладоней и стоп, ощущения ползания мурашек в них. Около месяца назад приехал домой после длительного пребывания за рубежом. Последнее время стал часто болеть инфекционными заболеваниями. Со слов больного перед приездом домой болел воспалением легких, но к врачам не обращался из-за тяжелой материальной ситуации во время проживания за границей. При осмотре: пониженного питания, на коже кистей, вокруг ногтей, на лице высыпания, похожие на проявления кандидоза. Хрипы в нижней доли легкого слева, при рентгенографии - проявления хронической нижнедолевой пневмонии. В неврологическом статусе: больной заторможен, отмечается замедленность ответов и движений, быстрая утомляемость, снижение памяти. Общемозговых и менингеальных симптомов, парезов нет. Черепные нервы без патологии, двустороннее оживление сухожильных рефлексов без патологических стопных симптомов. Снижение болевой чувствительности в дистальных отделах конечностей с двух сторон. Умеренно выраженная атаксия при

ходьбе. Координаторные пробы выполняет замедленно, с легким интенционным дрожанием и мимопаданием с двух сторон. Императивные позывы на мочеиспускание, которые больной связывает с хроническим циститом. На МРТ - признаки наружной и внутренней гидроцефалии, множественные мелкие очаги повышенной плотности вокруг желудочков, умеренные признаки атрофии. В клиническом анализе крови отмечается анемия, лимфопения, повышение СОЭ. В иммунологическом анализе крови - снижение содержания всех Т-клеток, особенно CD4+-клеток (Т-хелперов/ индукторов)

1. Ваш первичный диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Какие методы обследования нужны?

3. Ваша тактика лечения?

Подозрение на инфекцию вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) - синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), а именно неврологические проявления (деменция, ассоциированная с ВИЧ), оппортунистические инфекции (поражение кожи, пневмония), связанные с иммунодефицитом. Необходимо срочное серологическое исследование на ВИЧ. В случае положительной пробы на выявление антител к ВИЧ решение вопроса об антивирусной терапии азидотимидином. Специфическое лечение других инфекционных проявлений, а первую очередь пневмонии. Сосудистая и метаболическая терапия деменции.

33. Больная 43 лет поступила в клинику нервных болезней в плановом порядке с жалобами на стойкие головные боли, значительное повышение веса, высокие цифры артериального давления, незначительное изменение черт лица. Последние 3 - 4 месяца стала отмечать снижение зрения. Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого артериального давления стали отмечаться 2,5 - 3 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. Больная отмечает нарастание вышеуказанных симптомов. При осмотре: в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Повышенного питания с ожирением по верхнему типу, стрии на бедрах и пояснице. Кожные покровы красноватые, на лице угревая сыпь. Выраженный гипертрихоз. Элементы акромегалии. Со стороны черепных нервов: битемпоральная гемианопсия, а также выпадение части поля зрения, прилежащей к наружной половине правого глаза (рисунок 1). Другой очаговой симптоматики не выявляется. На магнитно-резонансной томографии в проекции гипофиза выявляется неправильной формы образование, выступающее за пределы турецкого седла и подавливающее снизу на перекрест зрительных нервов. Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10, проведите дифференциальный диагноз и назначьте лечение.

Эталоны ответа

D35.2 Аденома гипофиза (базофильная аденома). Показана консультация нейрохирурга и хирургическое лечение.

34. Больной 50 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на боли в области поясницы, затруднения при ходьбе, пошатывание, усиливающееся в темноте, чувство онемения и скованности в ногах. Из анамнеза известно, что стал отмечать онемение около 2-х лет назад, которое сначала локализовалось в стопах и постепенно распространилось вверх до уровня поясничного отдела. Параллельно с онемением стал отмечать неуверенность походки. Несколько позднее присоединилась скованность в ногах, из-за чего стало трудно ходить. При осмотре мышечная сила в ногах достаточная, тонус повышен по спастическому типу, несколько больше справа. Коленные и ахилловы рефлексы высокие с расширенными зонами, клонус стоп. Справа подошвенный рефлекс не вызывается, слева - снижен. В пробе Ромберга с открытыми глазами неустойчив. При закрывании глаз пошатывание значительно усиливается. Снижение поверхностной и глубокой чувствительности с уровня D12-L1. На МРТ грудного и поясничного отделов позвоночника на уровне D10-D11 позвонков имеется опухолевидное, неправильной формы образование гетерогенной структуры с сигналом высокой и низкой интенсивности в режиме T и T1 соответственно. Образование разрушает дужку и распространяется на мягкие ткани, значительно сдавливая спинной мозг на уровне D10- D11.

Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10, определите тактику ведения больного.

D33.4 Экстрamedулярная опухоль на уровне D10- D11. Требуется консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

35. . Больная О. 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на слабость в ногах, нарушение речи, периодически возникающие эпизоды недержания мочи (при возникновении позыва на мочеиспускание необходимо немедленно опорожнить мочевой пузырь). Считает себя больной около 4-х лет, когда вскоре после родов появилась шаткость при ходьбе, ощущение пелены перед глазами. За медицинской помощью не обращалась. Через некоторое время самочувствие улучшилось. Однако через год появилась слабость в ногах, а еще через полгода – изменение речи. Ухудшение самочувствия связывала с нервнопсихическим перенапряжением. В последнее время отмечала постепенное ухудшение самочувствия. Не переносит горячего душа, баню (значительно нарастает слабость в ногах).

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Менингеальных симптомов натяжения нет. Нистагм горизонтальный мелкоамашистый, в крайних отведениях. Нижний парапарез (4 б). Тонус мышц ног повышен, отмечается феномен «складного ножа», сухожильные рефлексы с рук равномерные, живые; с ног коленные рефлексы повышены; клонус левой стопы. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Брюшные рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчива. Пальце-носовая проба с атаксией с обеих сторон. Скандированная речь. Нарушений чувствительности нет. Исследование глазного дна: побледнение височных половин дисков зрительных нервов. Клинические анализы крови и мочи без патологии.

Вопросы

1. Выделите неврологические синдромы и симптомы.

	<p>2.Поставьте топический диагноз.</p> <p>3.Сформулируйте клинический диагноз.</p> <p>4.Наметьте план обследования.</p> <p>5. Основные принципы лечения данного заболевания.</p> <p>Эталон ответа</p> <p>1.Нижний центральный парапарез, императивность мочеиспускания; статическая и динамическая атаксия. Множественное поражение белого вещества ЦНС.</p> <p>2. Страдают пирамидные пути; мозжечковые связи; боковые столбы выше поясничного отдела; макулярный пучок.</p> <p>3.Рассеянный склероз, цереброспинальная форма, прогрессирующее течение.</p> <p>4.МРТ (КТ), регистрация вызванных потенциалов. Иммунологические исследования крови и ликвора (олигоклональные АТ Ig G; индекс Ig G; цитокиновый статус)</p> <p>5.Комплексная патогенетическая терапия должна зависеть от периода обострения, ремиссии, ухудшения (включая кортикостероиды, иммуномодуляторы, интерферон, препараты, улучшающие метаболизм и кровоснабжение мозга).</p>
--	--

Темы для рефератов:

1. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга (клиника, диагностика, лечение).
2. Преходящие нарушения мозгового кровообращения: Транзиторные ишемические атаки (клиника, диагностика, лечение).
3. Гипертонические церебральные кризы (клиника, диагностика, лечение): а) общемозговые; б) с очаговыми нарушениями.
4. ДЭП (ХИМ). Этиология и патогенез.
5. ДЭП (ХИМ). Эпидемиология. Клинические формы.
6. Диагностика ДЭП.
7. Классификация ДЭП. Когнитивные нарушения.
8. Клиническая картина ДЭП.
9. Диф. диагностика ДЭП.
10. Принципы терапии ДЭП.
11. Факторы риска ишемических инсультов.
12. Классификация ишемических инсультов.

13. Ишемический инсульт: определение. Периодизация. Методы диагностики.
14. Диф. диагностика ишемических инсультов.
15. Тромболитическая терапия ишемических инсультов.
16. Принципы терапии ишемических инсультов в острую фазу.
17. Антиоксиданты в терапии ишемических инсультов.
18. Антиагреганты в терапии ишемических инсультов.
19. Антикоагулянты в терапии ишемических инсультов.
20. Понятие о нейрореабилитации при ишемических инсультах.
21. Нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика).
22. Прионные болезни (болезнь Крейтцфельда-Якоба, болезнь Миотчи).
23. Детская эпилепсия: классификация, клиника, особенности терапии.
24. Неврологические проявления ВИЧ-инфекции.
25. Нейросифилис.
26. Нейровизуализационные методы диагностики в неврологии (лучевая диагностика, магнитно-резонансная томография), позитронно-эмиссионные томографии.
27. Миастения. Дифференциальная диагностика пароксизмальных состояний. Лечение.
28. Синдром вегетативной дистонии. Место в структуре неврологической и общей заболеваемости и нетрудоспособности. Вопросы терминологии и классификации. Клиническая характеристика: симпатонические и ваготонические симптомы; генерализованные и локальные нарушения; перманентные и пароксизмальные проявления.
29. Центральная и периферическая регуляция функции тазовых органов. Классификация нарушений функции тазовых органов.
30. Менингиты. Классификация менингитов: гнойные, серозные; бактериальные, вирусные, грибковые; первичные, вторичные.
31. Гнойные менингиты. Менингококковый менингит, клиника, формы, особенности течения, диагностика.
32. Серозные менингиты. Энттеровирусный менингит. Паротитный менингит.
33. Туберкулезный менингит: клиника, диагностика и лечение.
34. Классификация энцефалитов. Герпетический энцефалит. Клиника, диагностика, лечение.
35. Клещевой энцефалит. Клиника, диагностика, лечение.
36. Эпидемический энцефалит Экономо — клиника острой и хронической стадий, дифференциальный диагноз, лечение.
37. Полиомиелит. Полиомиелитоподобные заболевания.
38. Острый рассеянный энцефаломиелит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
39. Рассеянный склероз. Современные представления об этиологии и патогенезе. Основные неврологические синдромы, клинические формы, типы течения. Принципы лечения экзаксаций, ведение ремиссий. Иммуномодуляторы. Иммуносупрессоры. Клеточные технологии.

40. Сосудистые заболевания нервной системы. Заболеваемость, структура, распространенность. Этиология и основные патогенетические механизмы нарушений мозгового кровообращения.
41. Классификация. Клиника и распознавание преходящих нарушений мозгового кровообращения: транзиторных ишемических атак, острой гипертонической энцефалопатии, транзиторной глобальной амнезии, дропп-атак. Малый инсульт.
42. Инфаркт мозга: виды, клиника, диагностические возможности. Лакунарный инсульт. Принципы терапии
43. Внутримозговое кровоизлияние. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние. Паренхиматозное кровоизлияние. Кровоизлияние в мозжечок. Субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние. Вентрикулярное кровоизлияние. Паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние. Принципы терапии
44. Особенности клинического ведения пациентов с инсультом. Неотложная медицинская помощь при острых нарушениях мозгового кровообращения. Базисная (недифференцированная) и дифференцированная терапия инсульта.
45. Тромболизис: показания и противопоказания к применению.
46. Хирургическое лечение внутримозговых кровоизлияний. Показания и противопоказания.
47. Заболевания периферической нервной системы. Классификация заболеваний периферической нервной системы. Формы повреждений различных отделов периферической нервной системы и современная терминология (радикулит, радикулопатия, травматическое повреждение корешка, ганглионит, плексит, плексопатия, травматическое повреждение сплетения, неврит, невропатия, невралгия, травматическое повреждение нерва, полиневрит, полиневропатия).
48. Классификация полиневропатий. Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена-Барре.
49. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия.
50. Дифтерийная полиневропатия. Клиника, диагностика, лечение.
51. Диабетическая полиневропатия. Алкогольная полиневропатия. Клиника, лечение.
52. Определение понятия «остеохондроз позвоночника». Функции межпозвонкового диска. Позвоночный двигательный сегмент. Теории возникновения остеохондроза позвоночника. Понятие о дорсопатии. Возникновение грыж межпозвонковых дисков: протрузия (выпячивание), пролапс (выпадение). Медианные, парамедианные, заднелатеральные, латеральные или фораминальные грыжи межпозвонковых дисков.
53. Нейровизуализационная картина остеохондроза позвоночника. Размеры позвоночного канала. Понятие о стенозе и его виды
54. Классификация неврологических проявлений остеохондроза (дорсопатии) позвоночника (рефлекторные, корешковые и корешково-сосудистые синдромы на шейном, грудном и пояснично-крестцовом уровне).
55. Клинические фазы течения остеохондроза позвоночника. Шейные рефлекторные и корешковые синдромы, Проявления грудного уровня, Рефлекторные синдромы на пояснично-крестцовом уровне, рефлекторный и отраженный вертебро-висцеральный и висцеро-вертебральный болевой синдром. Пояснично-крестцовая радикулопатия.
56. Вертеброгенная и дискогенная радикуломиелоишемия. Диагностика и лечение
57. Комплексная терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника.

58. Показания к хирургическому лечению дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии. Хирургическое лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Варианты оперативных вмешательств, исходы.
59. Головные и лицевые боли Современная международная классификация головных и лицевых болей (2013).
60. Первичные головные боли. Мигрень. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
61. Головная боль напряжения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
62. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
63. Вторичные головные боли. Головные и лицевые боли, Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики. Краниальные невралгии и центральные причины головной боли.
64. Тригеминальная невралгия. Классическая тригеминальная невралгия.
65. Наследственные и дегенеративные заболевания нервной и нервно-мышечной систем
66. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Дистрофинопатии: миодистрофии Дюшена и Беккера. Конечностно-поясная миодистрофия Эрба-Рота. Дистальная миодистрофия с поздним дебютом (тип Веландер).
67. Спинальные амиотрофии. Проксимальные спинальные амиотрофии детского возраста: тип I, или острая злокачественная инфантильная спинальная амиотрофия Верднига-Гоффманна; тип II, или хроническая инфантильная спинальная амиотрофия (промежуточный тип); тип III, или ювенильная спинальная амиотрофия Кугельберга-Веландер.
68. Современная классификация наследственных полинейропатий. Наследственные моторно-сенсорные нейропатии
69. Миотония Томсона и Беккера.
70. Наследственная спастическая параплегия (болезнь Штрюмпеля).
71. Спиноцереbellарные атаксии. Болезнь Фридрейха, поздняя кортикальная мозжечковая атрофия Мари-Фуа-Алажуанина.
72. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Хорея Гентингтона.
73. Болезнь двигательного нейрона, боковой амиотрофический склероз.
74. Миастения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
75. Сирингомиелия. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические формы. Диагностика, консервативные и хирургические методы лечения.
76. Эпилепсия и судорожные состояния. Определение эпилепсии. Этиология эпилепсии. Частота и распространенность эпилепсии. Наследственный фактор. Механизмы эпилептогенеза
77. Классификация эпилептических припадков: международная классификация, международная классификация эпилепсии. Семиология эпилептических припадков. Фебрильные судороги у детей.
78. Классификация эпилепсии. Эпилептические энцефалопатии у детей.

79. Лечение эпилепсии . Эпилепсия и беременность. Образ жизни и трудоспособность больных эпилепсией.
80. Эпилептический статус, определение, причины, лечение.
81. Черепно-мозговая травма. Частота и структура черепно-мозговой травмы. Классификация. Патогенез черепно-мозговых повреждений. Клиника и диагностика основных форм черепно-мозговых повреждений. План обследования пострадавших с черепно-мозговой травмой.
82. Особенности черепно-мозговой травмы у детей, лиц пожилого возраста и травмы на фоне алкогольной интоксикации. Осложнения и последствия черепно-мозговой травмы. Формулировка диагноза. Абсцессы головного мозга.
83. Принципы хирургического лечения. Оптимальные сроки лечения и временной нетрудоспособности при наиболее распространенных формах черепно-мозговых повреждений. Реабилитация пострадавших с черепно-мозговой травмой.
84. Организация нейротравматологической помощи.
85. Опухоли головного мозга. Распространенность и классификация. Особенности понятий злокачественности и доброкачественности в нейроонкологии. Основные неврологические синдромы при опухолевом поражении головного мозга: первичные (очаговые) и вторичные (внутричерепная гипертензия, дислокационные нарушения и др.) синдромы. Гидроцефалия.
86. Клиника и диагностика опухолей полушарной и субтенториальной локализации. Клиника и диагностика опухолей хиазмально-селлярной области.
87. Опухоли головного мозга у детей. Особенности метастатических поражений головного мозга.
88. Наиболее информативные методы диагностики опухолей головного мозга, план обследования больных.
89. Принципы, возможности и исходы хирургического лечения. Лучевая терапия, химиотерапия, симптоматическое лечение.
90. Нейрореабилитация

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	76– 90
Хорошо (4) -91-100	91 – 100
Отлично (5)	

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов

<p>-пяти или шести критериям</p> <p>Отлично (5)</p>	<p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
--	--

Фонд оценочных средств для вариативной части производственной (клинической) практики по Психиатрии (288ч)

Тестовые задания:

1. В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ БОЛЬНОЙ МОЖЕТ БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН ЕСЛИ:

- a. Больной отказывается от приема лекарств
- b. Получено согласие близких родственников (письменно)
- c. Имеется обострение хронического психического заболевания-шизофрении в виде актуализации бредовых идей реформаторства и сутяжничества
- d. Слышит императивные галлюцинации и под их влиянием совершает нападение на соседа.**

2. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СИМПТОМА БУДЕТ ОДНО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ:

- a. признак болезни
- b. признак расстроенной психики
- c. признак нарушенной функции организма
- d. объективный признак преимущественного расстройства определенной психической функции.**

1. КАКИЕ СИМПТОМЫ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА:

- a. Негативизм**
- b. Прогрессирующая амнезия
- c. Каталепсия**
- d. Эмоциональное слабодушие

4. ДЛЯ КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО:

- a. Фиксационная амнезия**
- b. Конфабуляция**
- c. Псевдореминисценции**
- d. Ретроградная амнезия**

5. ДЛЯ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО:

- a. Ускоренное течение ассоциаций**
- b. Критическая оценка своего состояния
- c. Растворженность влечений**
- d. Бредовые идеи отношения

6. ДЕЛИРИЙ – ЭТО ОСТРЫЙ ПСИХОЗ С ПОМРАЧЕНИЕМ СОЗНАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ:

- a) Иллюзиями
- b) Истинными галлюцинациями**
- c) Псевдогаллюцинациями
- d) Полной амнезией

7. НАЗОВИТЕ РАССТРОЙСТВО, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ДЕТСКОСТЬ, НАИГРАННОСТЬ, СТРЕМЛЕНИЕ ИГРАТЬ В ДЕТСКИЕ ИГРЫ, ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОСЛЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ:

- a. гебефреническая шизофрения
- b. истерия
- c. псевдодеменция
- d. пуэрилизм**

8. ОСНОВНЫМИ СВОЙСТВАМИ ВОЗБУДИМОЙ ПСИХОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ (ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТОВ):

- a) способность оскорблять по малейшим поводам;**
- b) выраженная агрессивность в гневе;**
- c) крайняя несдержанность при конфликтных ситуациях;**
- d) все перечисленное неверно

9. КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАНИАКАЛЬНОЙ ФАЗЫ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОГО ПСИХОЗА:

- a. разорванность мышления
- b. идеи переоценки собственной личности**
- c. суицидальные мысли
- d. бредовые идеи самообвинения

10. КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ:

- a. апатия**
- b. чувственная тупость**
- c. слабодушие
- d. эйфория

Ситуационные задачи:

Задача 1.

Больная В., 39 лет. Неделю назад на фоне полного благополучия стала вести себя неадекватно. Закрывалась в комнате, часами лежала в постели, на обращенную к ней речь не реагировала, застывшим взглядом смотрела в потолок. Перестала ухаживать за собой. Застывала в нелепых позах. Родственниками доставлена в больницу. Через некоторое время рассказала врачу, что «видела» вокруг себя странные картины «рая и ада», где находились родственники, знакомые, она сама. Испытывала страх, что не вырвется из этого ада, мысленно общалась с «потусторонним миром», «высшим разумом».

Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. (**Кататонический синдром. кататоническая форма шизофрении**).

Задача 2.

Больной К., 58 лет. Два месяца назад попал под машину, получил ушиб головы. Сейчас не знает текущей даты, не помнит, почему попал в больницу, не запоминает имени лечащего врача. Не находит свою кровать. Делает ошибки в счете ($9-7=5$). Жалуется на головную боль, просит отпустить его домой «посмотреть за коровой, как бы не увели со двора». Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. (**Фиксационная амнезия. Амнестический Корсаковский синдром**)

Задача 3.

Больная, 69 лет, в течение последнего года бывают головные боли, головокружения, раздражительность, бессонница, стала уставать от домашней работы. Иногда забывает имена знакомых, не может вспомнить, куда положила нужную ей вещь. Отмечает затруднения в запоминании новых фактов, неточно называет даты, для того, чтобы не забыть имя своего врача, записывает его на бумажку. При воспоминании о давних событиях путает их последовательность, сама замечает свои ошибки, при этом очень огорчается. Устный счет производит правильно, иногда ошибается в простых задачах. Поправляет свои ошибки сама. При последовательном вычитывании от 100 по 7 вначале правильно выполняет задание, потом сбилась и не могла определить, в чем ее ошибки. При упоминании о дочери и внуках на глазах появляются слезы, но тут же при перемене темы разговора успокаивается. В неврологическом состоянии: изредка пошатывается при ходьбе. В соматическом состоянии: выглядит старше своих лет, извитые жесткие сосуды на висках и кистях рук. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(церебральный атеросклероз)**

Задача 4.

Вы – врач скорой помощи. Больной С., 48 лет. Жена вызвала карету скорой помощи в связи с его неадекватным поведением. Известно, что С. злоупотребляет алкоголем, опохмеляется, рвотный рефлекс утрачен. Два дня назад С. вышел из запоя. Сегодня вечером стал к чему-то прислушиваться, присматриваться. Периодически стряхивает с себя «пауков». Громко кричит в пространство: «Уйди, рогатый!». Двигательно беспокоен, мечется по квартире, не реагирует на попытки жены успокоить его. Ваши действия? Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Психомоторное возбуждение, истинные галлюцинации, делирий. Алкоголизм II-III степени. Алкогольный делирий)**

Задача 5.

Больной Д., 14 лет. Родители обратили внимание на то, что Д. изменился по характеру. Стал пропускать занятия в школе, по вечерам проводит время в новой компании подростков. Дома перестал общаться с родителями, настроение очень изменчиво, стал раздражительным. Из дома пропала некоторая сумма денег, отложенная на покупку телевизора. Мать стала замечать, что периодически после прогулок от Д. пахнет каким-то химическим веществом. В кабинете у врача поликлиники раздражителен, огрызается с матерью. Часто шмыгает носом, покашливает. На все вопросы отвечает: «Все нормально».

Назовите симптомы, предварительный диагноз. Ваши рекомендации родителям подростка. **(раздражительность, эмоциональная лабильность, нарушение поведения. синдром: синдром физической зависимости от летучих растворителей, психоподобный синдром, токсикомания летучими растворителями, неоднократное употребление с вредными последствиями, рекомендуем обращение к наркологу).**

Вопросы для собеседования:

1. Основные психопатологические синдромы, закономерности синдроменеза и патогенеза. Методы исследования в психиатрии.

2. Применение стандартизированных диагностических указаний в психиатрии (МКБ-10, DSM-IV)

3. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях (синдромы помраченного сознания, гиперкинетические синдромы, апато-абулические синдромы, патологическая сонливость).

4. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях ГМ

5. Психические расстройства при опухолях ГМ

6. Психические расстройства при травмах ГМ

7. Психические расстройства при органических заболеваниях с наследственной предрасположенностью (Понятие о миоклонус-эпилепсии. Хорея Гентингтона. Гепатолентикулярная дегенерация и др.)

8. Пограничные состояния (общее понятие, систематика, клиническая характеристика, особенности организации психиатрической помощи больным). Эпидемиология, этиопатогенез, систематика, клиника неврозов.

9. Понятие о невротическом развитии личности. Психотерапия в лечении психогений.

10. Понятие о реактивных психозах. Острые аффективно-шоковые состояния: гипердинамическое состояние (психомоторное возбуждение), гиподинамическое состояние (ступор), острая психогенная речевая спутанность, массовые шоковые реакции при стихийных бедствиях.

11. Синдромы нарушения сознания. Оглушение: легкое (обнубиляции) и выраженная форма. Делирий, онейроид (онирические состояния, грезоподобный вариант, фантастически-иллюзорный вариант). Аменция, сумеречное помрачение сознания.

12. Диагностика эпилепсии. Принципы формулировки диагноза. Изменения личности при эпилептической болезни. Этиопатогенез эпилептических психозов. Классификация и клинические особенности острых и затяжных эпилептических психозов. Клинические особенности хронических эпилептических психозов. Лечение психических расстройств при эпилепсии.

Примерные вопросы для устного собеседования

1. Неотложные состояния в психиатрии
2. Основные виды психотерапии
3. Психофармакотерапия и ее особенности в гериатрической практике
4. Психические расстройства при соматических заболеваниях
5. Психозы позднего возраста
6. Психические расстройства при эпилепсии
7. Основные этапы развития психиатрии
8. Методы нелекарственного общебиологического воздействия в психиатрии
9. Эпидемиология психических расстройств
10. Этические и юридические аспекты психиатрии

11. Патофизиологические и генетические основы психических расстройств
12. Особенности психиатрического обследования
13. Возможности психологического обследования в психиатрии
14. Лабораторные и инструментальные методы исследования в психиатрии
15. Расстройства аффективного круга в практике врачей интернистов
16. Невротические расстройства в практике врачей интернистов
17. Легкие и умеренные когнитивные расстройства

Практические навыки

1. Умение выявлять в процессе обследования больных симптомы расстройств психической деятельности и проводить дифференциальную диагностику
2. Умение определять показания к госпитализации в психиатрический стационар
3. Умение выявлять больных, нуждающихся в недобровольной госпитализации
4. Умение выявлять суицидальные и гетероагрессивные тенденции
5. Умение проводить дифференциальную психофармакотерапию пограничных состояний
6. Умение проводить курсовую противосудорожную терапию
7. Умение проводить коррекцию невротоподобных, депрессивных и астенических расстройств при органических заболеваниях головного мозга
8. Умение корректировать расстройства сна
9. Владение фитотерапией пограничных психических расстройств
10. Лечение эпилептического статуса
11. Ведение медицинской документации (в стационаре, психоневрологическом диспансере, поликлинике)
12. Уметь работать с различными информационными источниками по вопросам клинической фармакологии

Формируемые компетенции по ФГОС		ИЗ – индивидуальные задания	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков
		Темы индивидуальн ых заданий	Вопросы для собеседования	Практически е навыки из перечня
УК	1	1-27	1-21	-
	2	1	-	-
	3	8-12	1-4	-
ОПК	1	9-12	1-5, 7-8, 10 – 12, 16-17, 21	1-49
	2	1-27	1-21	1-49
	3	1-27	1-21	1-49
	4	1-27	1-21	1-49
	5	1, 3,4,13-27	1,5,7-8, 10,12,14,16- 17, 19,21	1-16
	6	2, 5, 11 - 12	1,6,9,11,13,15,16,18 ,20	17-21
	7	1-27	1-21	20,21
	8	1-27	1-21	1-49
	9	1-27	1-21	1-49
	10	1-27	1-21	1-49
	11	10-12	1-4, 21	-
	12	10-12	1-5, 7-8,10-21	-

**Фонд оценочных средств для вариативной части производственной
(клинической) практики по Нейрохирургия (288ч)**

Для текущего контроля успеваемости, в том числе для контроля самостоятельной работы студентов используются задания в тестовой форме и ситуационные задачи.

А) Тестовые задания:

Критерии оценки:

Оценка «отлично» - правильные ответы на все задания (10),

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

10.1. Для опухоли премоторной области лобной доли характерны

- а) гемипарез с преобладанием в ноге
- б) моторная афазия
- в) адверсивные эпилептические припадки
- г) атрофия зрительного нерва на стороне опухоли
- д) все перечисленное

10.2. Ремиттирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации в:

- а) поясничном отделе
- б) шейном отделе
- в) области конского хвоста
- г) грудном отделе
- д) шейном и грудном отделе

10.3. Ремиттирующее течение спинальных опухолей наиболее часто наблюдается

- а) при ангиоретикулемах
- б) при глиомах
- в) при менингиомах
- г) при невриномах
- д) при эпендимомах

10.4. Среди первичных опухолей спинного мозга наиболее редко встречаются

- а) глиомы
- б) гемангиомы
- в) невриномы
- г) менингиомы
- д) астроцитомы

10.5. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие

- а) сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
- б) корешковых болей положения
- в) ранней блокады субарахноидального пространства
- г) рентгенологического симптома Эльсберга – Дайка
- д) сенситивной атаксии

10.6. Спондилография наименее информативна, если опухоль спинного мозга локализуется

- а) интрамедуллярно
- б) субдурально
- в) эпидурально
- г) эпидурально-экстравертебрально
- д) субдурально и эпидурально

10.7. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его

- а) переднебоковой поверхности
- б) задней поверхности
- в) задней и заднебоковой поверхности
- г) передней поверхности
- д) боковой поверхности

10.8. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается

- а) при интрамедуллярных опухолях шейного утолщения
- б) при экстрамедуллярных субдуральных опухолях грудного уровня
- в) при интрамедуллярных опухолях на уровне поясничного утолщения
- г) при опухолях конского хвоста
- д) при экстрамедуллярных субдуральных опухолях на уровне поясничного утолщения

10.9. Опухолью передних отделов боковых желудочков наиболее часто является

- а) менингиома
- б) хориоидпапиллома
- в) эпендимома
- г) астроцитомы
- д) ганглиома

10.10. Наиболее часто встречаются невриномы нерва

- а) зрительного
- б) тройничного
- в) слухового
- г) подъязычного
- д) добавочного

10.11. Генерализованные эпилептиформные припадки чаще бывают при локализации опухоли в следующей доле мозга

- а) лобной
- б) височной
- в) теменной
- г) затылочной
- д) теменной и затылочной

10.12. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступают при локализации опухоли в следующей доле мозга

- а) лобной
- б) теменной
- в) височной
- г) затылочной
- д) теменной и затылочной

10.13. Симптом корешковых болей положения наиболее характерен для:

- а) эпидуральных невриномах
- б) субдуральных невриномах
- в) эпидуральных менингиомах
- г) субдуральных менингиомах
- д) эпидуральных невриномах и субдуральных менингиомах

10.14. Эхо-энцефалоскопия наиболее информативна при локализации опухоли в:

- а) височной доле
- б) задней черепной ямке
- в) стволе мозга
- г) затылочной доле
- д) лобной доле

10.15. Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении г-сцинтиграфии характерен

- а) для менингиом
- б) для краниофарингиом
- в) для аденом гипофиза
- г) для невриномах
- д) для астроцитом

10.16. Невринома VIII нерва отличается от других опухолей задней черепной ямки

- а) ранним развитием гипертензионно-гидроцефального синдрома
- б) ранним снижением зрения
- в) побледнением дисков зрительных нервов
- г) выраженной белково-клеточной диссоциацией
- д) усилением симптомов при перемене положения головы

10.17. При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют

- а) большие судорожные припадки
- б) абсансы
- в) зрительные галлюцинации

- г) верхнеквадрантная гемианопсия
- д) побледнение диска зрительного нерва

10.18. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна

- а) моторная, сенсорная афазия
- б) сенсорная, амнестическая афазия
- в) моторная, семантическая афазия
- г) сенсорная афазия, аутогнозия
- д) моторная афазия, аутогнозия

10.19. Дифференциальным признаком опухоли верхней теменной доли является

- а) пирамидный гемипарез с преобладанием в руке
- б) контралатеральная гемигипалгезия
- в) контралатеральная болевая гемипарестезия
- г) контралатеральная гомонимная гемианопсия
- д) амнестическая афазия

10.20. Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются

- а) двусторонний пирамидный парез в ногах
- б) нарушения координации
- в) астазия-абазия
- г) нарушения поведения
- д) битемпоральные дефекты поля зрения

10.21. Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает

- а) моторная афазия
- б) сенсорная афазия
- в) семантическая афазия
- г) амнестическая афазия
- д) сенсо-моторная афазия

10.22. Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденомы гипофиза следующего гистологического типа

- а) эозинофильных
- б) базофильных
- в) хромофобных
- г) эозинфильных и базофильных
- д) базофильных и хромофобных

10.23. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерна гемианопсия:

- а) гомонимная
- б) биназальная
- в) битемпоральная
- г) квадрантная
- д) корковая

10.24. К развитию акромегалии приводят аденомы гипофиза

- а) эозинофильные
- б) базофильные
- в) хромофобные
- г) хромофобные и базофильные
- д) эозинофильные и хромофобные

10.25. Признаки акромегалии при аденоме гипофиза можно уменьшить назначением:

- а) бромида натрия
- б) бромкриптина
- в) бромкамфоры
- г) бромурала
- д) бромгексина

10.26. Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают в:

- а) аденоме гипофиза
- б) краниофарингиоме

- в) арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла
- г) глиоме зрительного нерва
- д) менингиоме

10.27. Бурный асептический менингит наступает при прорыве и опорожнении кисты

- а) эозинофильной аденомы
- б) базофильной аденомы
- в) хромофобной аденомы
- г) краниофарингиомы
- д) астроцитомы

10.28. Синдром Бурденко - Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь и слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен

- а) сдавлением структур передней черепной ямки при передне-заднем смещении мозга
- б) нарушением ликвороциркуляции при близости опухоли к средней линии
- в) общностью иннервации структур передней и задней черепной ямки
- г) сдавлением ствола мозга
- д) сдавлением среднего мозга

10.29. Битемпоральная гемианопсия при опухолях задней черепной ямки обусловлена

- а) компрессией хиазмы при передне-задней дислокации мозга
- б) гидроцефалией III желудочка
- в) нарушением кровообращения в хиазме
- г) сдавлением ствола мозга
- д) вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие

10.30. Вынужденное положение головы при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли

- а) мосто-мозжечкового угла
- б) IV желудочка
- в) червя мозжечка
- г) полушарий мозжечка
- д) ствола мозга

10.31. Синдром Гертвига - Мажанди при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли

- а) червя мозжечка
- б) полушарий мозжечка
- в) мосто-мозжечкового угла
- г) варолиева моста
- д) среднего мозга

10.32. Синдром Гертвига - Мажанди при супратенториальных опухолях чаще возникает при опухоли

- а) гипофиза
- б) эпифиза (шишковидной железы)
- в) височной доли
- г) затылочной доли
- д) лобной доли

10.33. При опухоли нижних отделов червя мозжечка (флоккуло-нодулярный синдром) характерным признаком является

- а) нарушение статики и походки
- б) нарушение координации в конечностях
- в) туловищная атаксия без дискоординации в конечностях
- г) нижний пирамидный парез
- д) вертикальный нистагм

10.34. К опухолям ЦНС оболочечно-сосудистого ряда относятся

- а) астроцитомы
- б) олигодендроглиомы
- в) мультиформные спонгиобластомы
- г) арахноидэндотелиомы
- д) все перечисленные

10.35. К ранним симптомам арахноидэндотелиомы бугорка турецкого седла относятся

- а) снижение обоняния
- б) головная боль
- в) снижение зрения
- г) альтернирующий синдром Вебера
- д) зрительные галлюцинации

10.36. Для расстройств зрения при арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла характерны

- а) центральная и парацентральная скотома
- б) гомонимная гемианопсия
- в) битемпоральная гемианопсия
- г) биназальная гемианопсия
- д) квадрантная гемианопсия

10.37. При конвекситальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают

- а) зрительные
- б) слуховые
- в) обонятельные
- г) вкусовые
- д) тактильные

10.38. При базальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают зрительные

- б) слуховые
- в) обонятельные
- г) вкусовые
- д) тактильные

10.39. Компьютерная томография наиболее информативна при локализации опухоли

- а) в полушариях головного мозга
- б) в базальной зоне головного мозга
- в) в задней черепной ямке
- г) в краниовертебральной области
- д) в базальной зоне головного мозга и краниовертебральной области

10.40. Первичным источником метастатических опухолей ЦНС чаще является рак

- а) легких
- б) желудка
- в) грудной железы
- г) матки
- д) предстательной железы

10.41. Рвота при супратенториальных опухолях рассматривается как общемозговой симптом, поскольку возникает

- а) вне связи с приемом пищи
- б) независимо от перемены положения тела
- в) после кратковременного ощущения тошноты
- г) при повышении внутричерепного давления
- д) при повороте головы

10.42. Отличительный признак неврита зрительного нерва от поражений нерва при опухолях головного мозга

- а) жалобы на затуманивание зрения
- б) концентрическое сужение полей зрения
- в) быстрое снижение остроты зрения
- г) картина первичной атрофии зрительного нерва д) отек диска зрительного нерва

Мезэнцефальная .симптоматика при тяжелом ушибе головного мозга проявляется: 1. симптом Гертвиг-Мажанди 2. парез взора вверх 3. вертикальный нистагм 4. двусторонние патологические рефлекссы 5. диссоциация мышечного тонуса.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

При переломе пирамиды височной кости имеет место: 1. ушная ликворея 2. парез лицевого нерва 3. глухота 4. поражение барабанной струны 5. гематотимпанум.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Типичное место сосудистого сплетения, продуцирующего наибольшее количество ликвора:

- а) передние рога боковых желудочков;
- б) III желудочек;
- в) нижний рог бокового желудочка;
- г) IV желудочек;
- д) треугольник бокового желудочка.

Определение нестабильности позвоночника по классификации Denis:

- а) Повреждение связочного аппарата;
- б) Нарушение анатомического соотношения между позвонками при физиологических нагрузках;
- в) Любое повреждение позвоночника, вызывающее компрессию нервных структур;
- г) Любое повреждение позвоночника, вовлекающее 2 столба или средний столб;
- д) Верно а) и б)

Поражение S1 корешка сопровождается снижением:

- а) Коленного рефлекса;
- б) Ахиллова рефлекса;
- в) Рефлекса Оппенгейма;
- г) Рефлекса Бабинского;

д) Все неверно.

Метод выбора для визуализации дегенеративных изменений в межпозвонковом диске:

- а) МРТ;
- б) КТ;
- в) КТ-дискография;
- г) Рентгенография;
- д) Миелография.

Бедренный нерв располагается:

- а) под толщей ягодичной мышцы;
- б) выходит из-под грушевидной мышцы;
- в) медиальнее и глубже портняжной мышцы на подвздошно-по-ясничной мышце;
- г) делится на конечные ветви на уровне с/з бедра;
- д) правильно б) и г).

Использование операционного микроскопа при невролизе и эндоневролизе позволяет: 1. Отличить рубцовую ткань от здоровой 2. Сохранить интактную ткань нерва от резекции 3. Выделить неповрежденные пучки 4. Уменьшить время хирургического вмешательства.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы

Слабость стояния на пятках характерна для поражения:

- а) S1 корешка;
- б) L3 корешка;
- в) L4 корешка;
- г) L5 корешка;
- д) L3 корешка.

Ситуационные задачи:¹

Задача 1.

Больной А.. 36 лет через 12 часов после травмы головы потерял сознание. Был доставлен «скорой» в больницу. При осмотре - состояние тяжелое, PS - 60 уд. в мин, АД /го мм рт. ст., НБ -130 г/л. Выявлен левосторонний гемипарез.

Вопросы:

I. Ваш диагноз?

1. Какие дополнительные методы исследования можно произвести для уточнения диагноза?

3. Наиболее информативный метод исследования при данной патологии?
4. Лечение данного больного?
5. Основные лечебные мероприятия, направленные на борьбу с отеком мозга?

1 Протокол №7 дополнений и изменений к рабочей программе дисциплины Б1.Б6 «Базовая часть» по специальности «31.08.42. Неврология» на 2018 - 2019 учебный год утвержден на заседании кафедры « 27 » апреля 2018 года

Ответ:

1. Сдавление мозга внутримозговой гематомой справа.
2. Рентгенография черепа, эхоэнцефалография. спинномозговая пункция, компьютерная томография.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, удаление гематомы, остановка кровотечения.
5. Дегидратационная терапия (препараты: мочевины, маннитол, лазикс, гипертонические растворы).

Задача 2.

Больной обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Что лежит в основе этой патологии?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
3. Чем обусловлено наличие у больного тошноты и рвоты?
4. Где должен лечиться такой больной?
5. Лечение.

Ответ:

1. Сотрясение головного мозга. В основе - обратимое молекулярное смещение нервной ткани, приводящее к нарушению функции коры головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография.

3. Раздражением рвотного центра продолговатого мозга.
4. Больной должен находиться в специализированном нейрохирургическом или неврологическом отделении.
5. Постельный режим, дегидратационная, седативная и анальгезирующая терапия.

Задача 3.

В приемное отделение доставлен машиной скорой помощи пострадавший после падения с высоты 6 метров в состоянии комы. При осмотре: кожные покровы бледные, брадикардия до 60 в 1 минуту, А.Д. 140 и 80 мм. рт. ст., в левой височной области кровоподтек, распространяющийся на орбитальную область. Отмечается правосторонний гемипарез, снижение кожной чувствительности справа.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо выполнить?
3. Какой из них наиболее информативный?
4. Хирургическая тактика?
5. Факторы, влияющие на исход и какова дегидратационная терапия?

Эталоны ответов:

1. Внутричерепная гематома слева.
2. Рентгенография костей черепа, эхоэнцефалография, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.
5. Объем гематомы и время сдавления головного мозга. В/в лазикс, маннитол, маннит, мочевины, 40% глюкоза с витамином «С».

Задача 4.

Реанимобилем в больницу доставлен пострадавший после автоаварии, случившейся 1 час назад. Уровень сознания – кома, проводится искусственная вентиляция легких. При осмотре нистагм, анизокория, в области обеих глазниц кровоизлияния, из левого уха – ликворрея.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Методы обследования?
3. Куда должен быть помещен пострадавший для лечения?
4. Тактика при выявлении внутричерепной гематомы?
5. Препараты для дегидратационной терапии и путь их введения?

Эталоны ответов:

1. Перелом основания черепа, внутричерепная гематома, сдавление головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. В отделение реанимации.
4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.

Задача 5

В отделение поступил мужчина 40 лет, с жалобами на приступы подергивания правой руки, начавшиеся 6 месяцев назад и повторяющиеся 1-2 раза в месяц. В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались тонико-клонические судороги. После приступа, который длился 2-3 минуты, отмечается слабость в правой кисти, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа. Пациент жалуется на головную боль с рвотой, светобоязнь.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, во времени и пространстве ориентирован. Глазные щели S=D, реакция зрачков на свет сохранена, легкий парез взора вправо, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексy D > S, выявляются патологические рефлексy: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма справа. Чувствительных и координаторных расстройств нет. Намечена ригидность мышц затылка, + симптом Кернига.

На глазном дне - застойные явления.

МРТ - слева в лобной доле определяется опухолевидное образование с четкими контурами, дислоцирующее срединные структуры, сдавливающее передний рог левого бокового желудочка.

1. Поставить клинический диагноз.
2. При каких заболеваниях может встречаться симптоматическая эпилепсия?
3. Дать определение симптоматической эпилепсии (синдрому).
4. Тактика ведения больного.

Ответ:

1. Опухоль левой лобной доли. Симптоматическая эпилепсия.
2. Симптоматическая эпилепсия может быть при: опухолях головного мозга, сосудистых поражениях мозга, травмах головного мозга, аномалиях развития головного мозга, нарушениях питания, отравлениях, метаболических нарушениях, атрофических изменениях в мозге, нейроинфекциях.
3. Симптоматическая эпилепсия (синдром) - эпилептические припадки, сопровождающие активно текущее острое или подострое заболевание головного мозга, а также развивающийся на фоне стойких его последствий. Наряду с припадками

выявляются очаговые и общемозговые симптомы нарушения различных отделов ЦНС. В отличие от эпилептической реакции эпилептическому синдрому свойственна повторяемость припадков.

4. Оперативное лечение – трепанация черепа, удаление опухоли, постоперационное ведение больного в ПИТ с назначением противоотечной, антибактериальной, противоэпилептической, сосудистой терапии.

Задача 6

Больной К., 46 лет обратился в клинику нейрохирургии спустя 16 часов после травмы (избит неизвестными). В момент получения травмы терял сознание на 3-5 минут. При поступлении жалобы на головную боль, тошноту. Объективно: кровоподтеки лица. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкоамблиопический нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу справа, легкая правосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет.

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

Ответ: Закрытая травма черепа с ушибом головного мозга легкой степени.

Рентгенография черепа, МРТ ГМ, осмотр окулиста, люмбальная пункция.

Лечение консервативное (противоотечная терапия, сосудистые, антигипоксантами, ноотропы, седатики, препараты холина) .

Задача 7.

У 9 летней девочки, после внутримышечной инъекции гентамицина в правую ягодицу, которую неделю тому назад произвела ей мама, появились жалобы на боль в месте инъекции, жжение и боль в правой голени, слабость в правой стопе. Объективно: имеется боль при пальпации правой ягодицы в месте выхода седалищного нерва, с иррадиацией по ходу нерва, снижен коленный рефлекс и угнетен Ахиллов, правая стопа отечная, свободно свисает, отсутствует тыльное сгибание стопы, определяется нарушение всех видов чувствительности на стопе по типу носка.

Решение: 1. Где локализуется патологический процесс?

2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.

3. Оперативное или консервативное лечение показано этой пациентке?

Ответ: В месте выхода седалищного нерва посередине ягодицы

Ятрогенное поражение правого седалищного нерва, постъинъекционный неврит правого седалищного нерва, периферический парез правой стопы.

Показано консервативное лечение: витамины, массаж, физиолечение.

Задача 8.

Больной Ж, 45 лет, полгода тому назад упал, поскользнувшись на льду, получил закрытый оскольчатый перелом левой плечевой кости в верхней трети. В травм. пункте бы-ла

произведена репозиция и наложена иммобилизация гипсовой лонгетой. После снятия гипса больной заметил, что левая кисть свисает, пальцы в полусогнутом состоянии. Отсутствует чувствительность на тыльной поверхности предплечья и кисти в области 1, 2 и частично 3 пальцев. Отсутствует разгибание первых фаланг пальцев.

1. Где локализуется патологический процесс?
2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Оперативное или консервативное лечение показано этой пациентке?

Ответ: В верхней трети левой плечевой кости в месте перелома.

Травматическое повреждение правого лучевого нерва в верхней трети плеча.

Показано оперативное лечение, ревизия места перелома с невролизом лучевого нерва.

Задача 9

5-летняя девочка в течение полугода отмечает головные боли с рвотой, особенно усиливающейся по утрам. Головные боли локализуются в затылочной области. Иногда состояние ребенка, по словам родителей, ухудшается и наблюдается обострение головных болей с учащением и усилением рвоты, замедлением пульса, нерегулярностью дыхания и напряжением в конечностях. В этот момент ребенок наклоняет голову вперед и ощущает облегчение состояния. Эти ухудшения чаще возникают при резком повороте головы. Несколько позже, примерно месяца 3-4 тому назад появились пошатывания при ходьбе и невозможность стоять и сидеть.

Со стороны внутренних органов без патологии. А/Д 110 и 70 мм.рт.ст. Менингеальных знаков нет. Голова несколько наклонена вперед. Ps58 уд/мин. Глазодвигательных расстройств нет. Горизонтальный нистагм. Сглажена правая носогубная складка. Роговичные рефлексы снижены. На глазном дне – застойные диски зрительных нервов. Чувствительность всех видов сохранена. Парезов нет. Гипотония мускулатуры верхних и нижних конечностей. Сухожильные рефлексы снижены, равны. Симптом Пуссеппа слева. При закрытых глазах отмечается склонность к падению назад без попытки препятствовать этому падению. В позе Ромберга падает назад.

На R-грамме черепа: усиление сосудистого рисунка и расхождение швов. При отоневрологическом осмотре: вестибулярные изменения по субтенториальному типу.

Где локализуется патологический процесс?

Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.

С чем связаны приступы ухудшения состояния пациентки?

Ответ: В черве мозжечка.

Опухоль злокачественная мозжечка, скорее всего – медуллобластома.

Приступы (приступы Брунса) связаны с периодическим затруднением оттока ликвора из желудочков мозга с раздражением образований дна 4 желудочка.

Задача 10.

Пострадавший нырнул на мелководье, ударившись головой о дно. Почувствовал резкую боль в позвоночнике и отсутствие активных движений в руках и ногах. Нарушилась чувствительность с уровня надплечий, задержка кала и мочи.

Решение: Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего?

Способы транспортировки.

План обследования.

Ответ: Травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга (травма ныряльщика) с тетрапарезом и нарушением функции тазовых органов.

Иммобилизация с помощью транспортной шины ЦИТО или воротника Шанца.

МРТ и КТ шейного отдела позвоночника, люмбальная пункция с пробами на проходимость.

Темы индивидуальных заданий

1. Закрытая и открытая черепно-мозговая травма; непроникающая и проникающая травма; сотрясение головного мозга; ушиб головного мозга, степени тяжести: легкий, средний, тяжелый; сдавление головного мозга, периоды клинического течения, повреждение мягких тканей головы; диффузно-аксональные повреждения; переломы свода и основания черепа; травматические субарахноидальные кровоизлияния, внутричерепные гематомы; внутримозговые гематомы. Клиника, диагностика, лечение
2. Классификация травмы позвоночника и спинного мозга. Распознавание уровня повреждения спинного мозга (распознавание уровня повреждения верхнешейного отдела спинного мозга, симптомокомплекс повреждения нижнешейного отдела спинного мозга, симптомокомплекс повреждения грудно-го отдела, симптомокомплекс повреждения поясничного утолщения, симптомокомплекс повреждения спинного мозга (III-V крестцовые сегменты), симптомокомплекс повреждения I-V крестцовых нервов). Ранние и

поздние осложнения повреждений позвоночника и спинного мозга.

Клиника, диагностика, лечение

3. Травма ПНС. Виды повреждений: закрытые, открытые. Двигательные и чувствительные расстройства, сосудодвигательные нарушения, трофические изменения. Клиника и диагностика повреждений сплетений и нервных стволов. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической и социально-трудовой реабилитации
4. Классификация новообразований головного мозга. Клиника опухолей больших полушарий. Особенности клиники в зависимости от гистологической структуры опухоли. Клиника опухолей задней черепной ямки. Клиника опухолей мосто-мозжечкового угла. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической и социально-трудовой реабилитации.
5. Классификация опухолей спинного мозга и их клиническая характеристика. Субдуральные опухоли: интрамедуллярные, экстрамедуллярные. Клиника опухолей различных уровней поражения. Клинические симптомы поражения спинного мозга по длиннику и поперечнику. Ликвородинамические симптомы. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической и социально-трудовой реабилитации.
6. Классификация сосудистых заболеваний спинного мозга. Клиника сосудистых поражений спинного мозга. Дифференциальный диагноз. Специальные методы обследования. Лечение сосудистых заболеваний спинного мозга. МСЭ, методы физической и социальной реабилитации
7. Кровоизлияние в мозг. Симптомы: общемозговые, очаговые. МСЭ и реабилитация. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической реабилитации. Пути социально-трудовой реабилитации.

8. Субарахноидальное кровоизлияние, клиника, диагностика. МСЭ и реабилитация. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической реабилитации. Пути социально-трудовой реабилитации
9. Дегенеративные заболевания позвоночника. Принципы дифференциальной диагностики и консервативного лечения. Рефлекторно-болевые синдромы. Компрессионные синдромы. Стадии грыжеобразования. Принципы дифференциальной диагностики и консервативного лечения. Стеноз позвоночного канала. Показания к оперативному лечению. Медикаментозное лечение. Принципы физиотерапии и санаторно-курортного лечения.
10. Оптохиазмальный арахноидит. Арахноидит задней черепной ямки. Арахноидит с окклюзией отверстий Мажанди и Лушка. Арахноидит с окклюзией Сильвиева водопровода. Арахноидит мостомозжечкового угла. Абсцессы головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
11. Паразитарные заболевания нервной системы. Диагностика. Интерпретация данных, полученных при современных методах исследования. Послеоперационное течение. Интенсивная терапия. Борьба с осложнениями. МСЭ и реабилитация. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической и социально-трудовой реабилитации.

Вопросы для устного собеседования

1. Классификация черепно-мозговой травмы (ЧМТ).
2. Открытая огнестрельная травма мирного и военного времени.
3. Черепно-мозговая травма при алкогольной интоксикации.
4. Травматические менингиты, менингоэнцефалиты и абсцессы головного мозга.
5. Классификация травмы позвоночника и спинного мозга. Распознавание уровня повреждения спинного мозга

6. Травматические поражения спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
7. Ранние и поздние осложнения повреждений позвоночника и спинного мозга.
8. Виды повреждений периферических нервов. Дегенерация и регенерация нервов. Общая симптоматология. Двигательные и чувствительные расстройства, сосудодвигательные нарушения, трофические изменения.
9. Клиника и диагностика повреждений сплетений и нервных стволов. Принципы терапии. Пути физической и социально-трудовой реабилитации.
10. Классификация новообразований головного мозга. Клиника опухолей больших полушарий. Особенности клиники в зависимости от гистологической структуры опухоли. Диагностика, лечение.
11. Клиника опухолей боковых желудочков, прозрачной перегородки и подкорковых узлов. Менингиомы ольфакторной ямки. Краниоорбитальные менингиомы. Менингиомы крыльев основной кости. Диагностика, лечение.
12. Клиника опухолей задней черепной ямки. Клиника опухолей мостомозжечкового угла. Диагностика, лечение.
13. Классификация опухолей спинного мозга и их клиническая характеристика. Субдуральные опухоли: интрамедуллярные, экстремедуллярные. Клиника опухолей различных уровней поражения.
14. Клинические симптомы поражения спинного мозга по длиннику. Симптомы поражения спинного мозга по поперечнику. Опухоли переднего, заднего, бокового расположения. Ликвородинамические симптомы.

Практические навыки

1. правильно и максимально полно опрашивать больного, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни;
2. проводить полное неврологическое обследование у взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки патологии нервной системы, показания к нейрохирургическому лечению;
3. оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в приемном отделении, нейрохирургическом стационаре, многопрофильном лечебном учреждении);
4. правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и

компьютерной томографии, ангиографического исследования);

5. выявлять основные жалобы, проводить дифференциальную диагностику при нарушениях мозгового кровообращения;

6. проводить обследование и дифференциальную диагностику у пациентов с объёмными образованиями головного, спинного мозга и периферической нервной системы;

7. проводить обследование и определять лечебную тактику при дегенеративных заболеваниях позвоночника;

8. определять основные симптомы при травматическом поражении различных отделов нервной системы;

9. проводить дифференциальную диагностику воспалительных и паразитарных поражений нервной системы с уточнением лечебной тактики;

10. определять объем клинико-лабораторного обследования пациентов с заболеваниями головного и спинного мозга, проводить дифференциальную диагностику, определять лечебную тактику;

11. проводить полное обследование пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника;

12. определить тяжесть и вид нейротравмы, объем и сроки обследования, лечебную тактику при травматических поражениях нервной системы;

13. определять основные симптомы и проводить полное обследование при доброкачественных и злокачественных опухолях периферической нервной системы;

14. определять показания и противопоказания для лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств (люмбальная и субокципитальная пункция, вентрикулярное дренирование, эпидуральные и корешковые блокады).

15. уметь выполнять: люмбальную пункцию, лечебно-медикаментозные

блокады. Знать показания и противопоказания, техники выполнения.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 14:07 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C