

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

**Фонд оценочных средств
по дисциплине Неврология
специальности 31.08.42 Неврология**

Тесты ГИА

1. ПЛЕЧЕВОЕ СПЛЕТЕНИЕ ФОРМИРУЮТ ПЕРЕДНИЕ ВЕТВИ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ

- а) С5-С8
- б) С5-Т1
- в) С6-С8
- г) С8-Т2
- д) Т1-Т3

2. ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ АРТЕРИЯ

- а) базилярная (основная)
- б) позвоночная
- в) внутренняя сонная
- г) наружная сонная
- д) затылочная

3. ОСНОВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ НЕВРОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) дистония кранио-церебральных сосудов
- б) патологическое мышечное напряжение
- в) ликвородинамические нарушения
- г) невралгия черепных нервов
- д) колебание артериального давления

4. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ У ВОДИТЕЛЕЙ ПАССАЖИРСКОГО АВТОТРАНСПОРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ПРОВОДЯТСЯ С ЧАСТОТОЙ

- а) 1 раз в год;
- б) ежеквартально;
- в) 2 раза в год;
- г) 1 раз в 2 года;
- д) 1 раз в 3 года.

5. ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) "когтистая кисть"
- б) невозможность разгибания кисти
- в) невозможность отведения V пальца
- г) боль в области V пальца
- д) гиперкератоз кожи ладони

6. СИНДРОМ КОМПРЕССИИ КОРЕШКА L5 ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а) болью по внутренней поверхности голени и бедра
- б) слабостью разгибателей I пальца стопы
- в) снижением ахиллова рефлекса
- г) снижением коленного рефлекса
- д) всем перечисленным

7. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ ЖАЛОБЫ НА

- а) постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица;
- б) короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу;
- в) приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением;
- г) длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения;

д) боли в одной половине лица, сопровождающиеся головокружением

8. ДЛЯ СИНДРОМА УЩЕМЛЕНИЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОГО НЕРВА (СИНДРОМ ТАРЗАЛЬНОГО КАНАЛА) ХАРАКТЕРНЫ

- а) боль в области голени
- б) припухлость в области наружной лодыжки
- в) парезы сгибателей пальцев стопы
- г) гипотрофия перонеальной группы мышц
- д) сенситивная атаксия

9. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРАЛГИИ КРЫЛОНЕБНОГО ГАНГЛИЯ

- а) слезотечение, гиперемия конъюнктивы, боли в орбите
- б) герпетические высыпания на лице, боль в орбите, слезотечение
- в) гомолатеральная аносмия, слезотечение, боли в орбите
- г) биназальная гемианопсия, боли в орбите, слезотечение
- д) тиннитус, агевзия, ксеростомия

10. ДЛЯ НЕВРОПАТИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ:

- а) снижение корнеального рефлекса
- б) нарушение вкуса на задней трети языка
- в) гипалгезия во внутренней зоне Зельдера
- г) гипертрофия жевательной мускулатуры
- д) все перечисленное

11. ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- а) выраженный болевой корешковый синдром
- б) выраженный остеопороз позвоночника
- в) выраженные явления остеохондроза на рентгенограмме позвоночника
- г) клиновидная деформация позвонков
- д) выраженные явления спондилеза на рентгенограмме позвоночника

12. ПРИЗНАКАМИ НЕВРОПАТИИ СРЕДИННОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) слабость IV и V пальцев кисти
- б) снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев
- в) слабость I, II пальцев кисти
- г) болезненность руки при отведении ее за спину
- д) слабость и атрофия дельтовидной мышцы

13. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) непереносимость йода
- б) открытая черепно-мозговая травма
- в) выраженная внутричерепная гипертензия

г) наличие инородных металлических тел

д) кровоизлияние в опухоль мозга

14. СИНДРОМ КОМПРЕССИИ КОРЕШКА S 1 ПРОЯВЛЯЕТСЯ

а) снижением силы трехглавой мышцы голени и сгибателей пальцев стопы

б) снижением коленного рефлекса

в) выпадением ахиллова рефлекса

г) нарушением отведения бедра

д) нарушением разгибания бедра

15. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРИСТУПА "МЕНСТРУАЛЬНОЙ"

МИГРЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

а) α -адреноблокаторов

б) β_2 -адреноблокаторов

в) антисеротониновых препаратов

г) спазмолитики

д) нестероидных противовоспалительных препаратов

16. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ КОРЕШКОВЫХ

СИНДРОМОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ

а) массаж

б) вытяжение позвоночника

в) иглорефлексотерапия

г) аппликация парафина

д) грязелечение

17. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ

ТЕРАПИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

НАЗНАЧЕНИЕ

а) анальгетиков

б) спазмолитиков

в) противосудорожных средств

г) всего перечисленного

д) ничего из перечисленного

18. ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА МИГРЕНИ

С ОЦЕНКОЙ ПО ШКАЛЕ MIDAS 14 БАЛЛОВ

а) триптаны

б) НПВС

в) алкалоиды спорыньи

г) опиоидные анальгетики

д) антидепрессанты

19. ПОКАЗАНИЕМ К МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ

ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

НАЛИЧИЕ

а) спондилеза и спондилолистеза III стадии

б) болевого синдрома и вегетативно-висцеральных нарушений

в) остеопороз позвонков

г) нарушения спинального кровообращения

д) грыж Шморля

20. В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАГИЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ

- а) антиконвульсанты, антидепрессанты группы СИОЗСиН, когнитивно-поведенческая терапия
- б) антидепрессанты группы СИОЗС, бензодиазепины, мануальная терапия
- в) антидепрессанты, НПВС, препараты янтарной кислоты
- г) антиконвульсанты, бромиды
- д) опиоидные анальгетики, иглорефлексотерапия

21. ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ОБЕСПЕЧИВАЮТСЯ КОМПЛЕКСОМ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЕННЫМ

- а) пирамидной системой, экстрапирамидной системой, ретикулярной формацией;
- б) пирамидной системой, системой заднего продольного пучка;
- в) экстрапирамидной системой, пирамидной системой, мозжечком;
- г) мозжечком, гипоталамусом, медиальной петлей;
- д) экстрапирамидной системой, пирамидной системой, гипоталамусом.

22. ЕСЛИ ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПРОВОДНИКОВЫХ РАССТРОЙСТВ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ Th10 ДЕРМАТОМА, ПОРАЖЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА УРОВНЕ СЕГМЕНТА

- а) Th 6 или Th 7;
- б) Th8 или Th 9;
- в) Th9 или Th10;
- г) Th 10 или Th 11;
- д) Th11 или Th12.

23. СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) фонд медицинского страхования, орган управления здравоохранением, страховая организация;
- б) орган управления здравоохранением, медицинское учреждение, граждане, страховая организация;
- в) фонд медицинского страхования, орган управления здравоохранением, медицинское учреждение;
- г) фонд медицинского страхования, медицинское учреждение, граждане, страховая организация;
- д) медицинское учреждение, страховая организация, граждане

24. МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

- а) в ПСО госпитализируются пациенты только с ишемическим типом ОНМК;
- б) в РСЦ госпитализируются только пациенты с ишемическим типом ОНМК;
- в) в РСЦ и ПСО могут быть госпитализированы пациенты с любым типом ОНМК;
- г) в ПСО госпитализируются пациенты с геморрагическим типом ОНМК;
- д) в ПСО госпитализируются пациенты со всеми типами ОНМК.

25. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- а) дислипидемия, беременность, ДЦП;
- б) адинамия, ВИЧ-инфекция, перенесенные ЧМТ;
- в) заболевания печени, сахарный диабет, лимфолейкоз;
- г) перенесенные ЧМТ, артериальная гипертензия, ВИЧ-инфекция;
- д) ожирение, табакокурение, алкоголизм, хронический стресс.

26. ОДНИМ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВЫБОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) эрготамин;
- б) суматриптан;
- в) пропранолол;
- г) золмитриптан;
- д) напроксен

27. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ У ВОДИТЕЛЕЙ ПАССАЖИРСКОГО АВТОТРАНСПОРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ПРОВОДЯТСЯ С ЧАСТОТОЙ

- а) 1 раз в год;
- б) ежеквартально;
- в) 2 раза в год;
- г) 1 раз в 2 года;
- г) 1 раз в 3 года.

28. В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ОСМОТР К ВРАЧУ-НЕВРОЛОГУ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАПРАВЛЕННЫ

- а) пациенты с гипертонической болезнью III стадии;
- б) пациенты с ожирением;
- в) пациенты со злокачественными новообразованиями;
- г) граждане, у которых впервые выявлено подозрение или указание по результатам анкетирования на ранее перенесенное ОНМК;
- д) лица в возрасте 33, 39, 45, 51, 57 лет.

29. ПОД ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ПОНИМАЕТСЯ ЧАСТОТА

- а) всех заболеваний, зарегистрированных за год среди населения;
- б) всех заболеваний и синдромов, зарегистрированных за календарный год среди населения;
- в) новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний;
- г) острых заболеваний, выявленных при проведении профилактических осмотров среди населения за календарный год;
- д) хронических заболеваний, выявленных при проведении профилактических осмотров среди населения за календарный год.

30. К КОНЦЕНТРИЧЕСКОМУ СУЖЕНИЮ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ ПРИВОДИТ НЕПОЛНОЕ СДАВЛЕНИЕ

- а) зрительного тракта;
- б) зрительного перекреста;

- в) наружного коленчатого тела;
- г) зрительной лучистости;
- д) зрительного нерва.

31. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭТИОЛОГИИ НЕЙРОИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИОРИТЕТНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

- а) рентгенография черепа и органов грудной клетки;
- б) люмбальная пункция и клинический анализ ЦСЖ;
- в) серологические исследования крови и ЦСЖ;
- г) магнитно-резонансная и компьютерная томография головного мозга;
- д) ангиография сосудов головного мозга.

32. СИНДРОМ МИЛЛЕРА-ФИШЕРА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а) офтальмоплегией, центральным тетрапарезом;
- б) офтальмоплегией, атаксией, арефлексией;
- в) парезом отводящего и лицевого нерва;
- г) атаксией, гиперрефлексией, парезом отводящего нерва;
- д) гемипарезом, бульбарным синдромом.

33. В ЛИКВОРЕ ПРИ ВИРУСНЫХ ЭНЦЕФАЛИТАХ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- а) лимфоцитарный плеоцитоз;
- б) увеличение содержания белка;
- в) увеличение содержания глюкозы;
- г) верно а) и б);
- д) верно б) и в).

34. ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ЦНС

- а) церебролизин, мексидол, никотинамид;
- б) кортексин, аминоксиллин, диазепам;
- в) прозерин, актовегин, сульфат магния;
- г) глицин, мемантин, ацетилсалициловая кислота;
- д) леводопа, диклофенак, кортексин.

35. У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ 70 ЛЕТ В КАЧЕСТВЕ НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- а) препарат леводопы;
- б) амантадин;
- в) агонист дофаминовых рецепторов;
- г) ингибитор MAO B;
- д) ингибитор периферической декарбоксилазы

36. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) 3 часа от начала возникновения симптомов ОНМК;
- б) артериальная гипертензия 160/100 мм рт.ст.;
- в) язвенная болезнь желудка в фазе ремиссии;
- г) беременность;
- д) гликемия 15 ммоль/л

37. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) внутривенное введение актовегина;
- б) маневр Эпли;
- в) применение бетагистина;
- г) электрофорез с гидрокортизоном на шейно-воротниковую зону;
- д) иглорефлексотерапия

38. МЕТОДИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС

- а) гравитационная хирургия, гипербарическая оксигенация, пелоидотерапия;
- б) эрготерапия, плазмаферез, иппотерапия;
- в) плавание, химиотерапия, лечебная физкультура;
- г) гомеопатическое лечение, бальнеотерапия, массаж;
- д) фармакотерапия, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия.

39. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАПРАВЛЕНИЮ ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОНМК, НА ДОЛЕЧИВАНИЕ (РЕАБИЛИТАЦИЮ) В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ САНАТОРИИ (ОТДЕЛЕНИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ

- а) ранний восстановительный период после спонтанного субарахноидального кровоизлияния;
- б) ранний восстановительный период ОНМК по ишемическому типу;
- в) компенсированный сахарный диабет;
- г) эпилепсия в анамнезе;
- д) хроническая ишемия головного мозга с выраженным психоорганическим синдромом

40. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНОМ НЕЙРОНИТЕ ПРИМЕНЯЮТ

- а) ноотропные препараты;
- б) витамины группы В;
- в) ингибиторы холинэстеразы;
- г) глюкокортикостероиды;
- д) агонисты гистаминовых H₁-рецепторов

41. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ПРОВОДЯТСЯ С ЧАСТОТОЙ

- а) 1 раз в год;
- б) ежеквартально;
- в) 2 раза в год;
- г) 1 раз в 2 года;
- д) 1 раз в 3 года.

42. ПРЕКРАТИТЬ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ МОЖНО В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПРИПАДКОВ НЕ БЫЛО:

- а) 1-2 года;
- б) 1 год;
- в) 2 года;

г) 3 года;

д) прием противоэпилептических препаратов постоянный.

43. ХАРАКТЕРНЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ РТУТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

а) нижний парапарез;

б) бульбарный паралич;

в) анизокория;

г) моторная афазия;

д) интенционный тремор.

44. ОСОБЕННОСТЬЮ ПРОЯВЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СИНДРОМОВ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) острое начало и молниеносное течение;

б) острое начало со стабильным неврологическим дефицитом в последующие годы;

в) постепенное начало с ремиттирующим течением неврологических проявлений;

г) постепенное начало с неуклонно прогрессирующим течением;

д) острое начало и практически полное выздоровление без рецидивов.

45. ДЛЯ СИНДРОМА ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО:

а) сенситивная атаксия;

б) пирамидная недостаточность;

в) вялые парезы ног;

г) полинейропатия;

д) парестезии в руках и ногах.

46. ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК С СИМПТОМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:

а) сенсо-моторная полинейропатия, энцефалопатия;

б) спастические двигательные расстройства;

в) уремическая кома;

г) острое нарушение мозгового кровообращения;

д) экстрапирамидные нарушения.

47. ПРИ ЭРИТРЕМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) полинейропатия;

б) миелопатия;

в) нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу;

г) мононейропатия;

д) субарахноидальное кровоизлияние.

48. ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИ СИНДРОМЫ В ВИДЕ:

а) поражения краниальных нервов;

б) кровоизлияний;

в) энцефалопатии;

- г) инфарктов головного мозга;
- д) всего перечисленного.

49. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИТАХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ:

- а) невротический;
- б) энцефалопатии;
- в) психотический;
- г) судорожный;
- д) полинейропатии.

50. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЯЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) энцефалопатия;
- б) миелопатия;
- в) полинейропатия;
- г) мононевропатия;
- д) все перечисленное.

51. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ:

- а) энцефалопатия;
- б) миелопатия;
- в) полирадикулонейропатия;
- г) множественная нейропатия;
- д) энцефаломиелополирадикулоневропатия.

52. СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА (ГИПЕРКОРТИЦИЗМ) РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ:

- а) глюкостеромы;
- б) альдостеромы;
- в) инсулиномы;
- г) длительной глюкокортикоидной терапии;
- д) всего перечисленного.

53. ТИПИЧНЫМ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОРТОСИСТЕМНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) повышение уровня церулоплазмينا в крови;
- б) повышение выведения меди с мочой;
- в) повышение концентрации аммиака в крови;
- г) понижение концентрации аммиака в крови;
- д) понижение уровня билирубина в крови.

54. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ФУНИКУЛЯРНОМ МИЕЛОЗЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ:

- а) парестезии, нарушение глубокой чувствительности, парез нижних конечностей;
- б) офтальмоплегия, спастический тонус нижних конечностей, расстройства функций тазовых органов;
- в) нарушение глубокой чувствительности, расстройства сфинктеров, вялый парез нижних конечностей;

- г) корсаковский синдром, сенсорная и моторная полинейропатия;
- д) сенситивная атаксия, нижний спастический парапарез, радикулярный болевой синдром.

55. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) полинейропатия;
- б) миелопатия;
- в) энцефалопатия;
- г) менингит;
- д) спинальный эпидурит.

56. ПРИ ОСТРОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

- а) астериксис;
- б) тремор;
- в) миоклонический гиперкинез;
- г) все перечисленное;
- д) все перечисленное, кроме тремора.

57. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ВИДЕ:

- а) артралгии;
- б) оссалгии, радикулалгии;
- в) миалгии;
- г) симпаталгии;
- д) цервикалгии.

58. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) компрессия периферических нервов;
- б) компрессия черепных нервов;
- в) развитие менингита;
- г) субарахноидальное кровоизлияние;
- д) паренхиматозное кровоизлияние в мозг.

59. ТИПИЧНЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ:

- а) тетании;
- б) миастении;
- в) миодистрофии;
- г) хореоатетоз;
- д) все перечисленное.

60. СОПУТСТВУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) сухость кожных покровов;
- б) влажность кожных покровов;
- в) тахикардия;
- г) повышение артериального давления;
- д) брадикардия.

Список вопросов для подготовки к зачету по дисциплине «Неврология» по программе подготовки кадров высшей квалификации по специальности 31.08.42 Неврология

1. Анатомо-физиологические характеристики центральной и периферической нервной системы.
2. Возрастные характеристики нервной системы.
3. Нейрон, нейроглия, синапс: строение, функциональное значение, роль в норме и патологии.
4. Механизм проведения возбуждения по аксону, аксоплазматический ток.
5. Гематоэнцефалический барьер.
6. Основные отделы нервной системы их анатомо-физиологические особенности.
7. Методы исследования в неврологии и нейрохирургии: неврологический осмотр, LP, Rg, ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ, ЭМГ, КТ, МРТ, ПЭТ.
8. Преимущества и диагностическая ценность отдельных методов и их комплекса.
9. Методология построения неврологического диагноза.
10. Этико-деонтологические аспекты ведения неврологических больных.
11. Учение И.П. Павлова об анализаторах.
12. Основные виды экстеро- и проприоцептивной чувствительности.
13. Пути и центры чувствительности.
14. Виды нарушения чувствительности.
15. Невральный тип нарушения чувствительности.
16. Сегментный (ганглионарный, корешковый, роговой) тип нарушения чувствительности.
17. Проводниковый (спинальный, церебральный) тип нарушения чувствительности.
18. Кортикальный тип нарушения чувствительности.
19. Механизмы боли.
20. Виды боли.
21. Учение Павлова И.П. Безусловные рефлексy.
22. Учение Павлова И.П. Условные рефлексy.
23. Анатомический субстрат рефлексов, исследуемых в неврологической практике.
24. Понятие о рефлекторных кругах.
25. Характеристика периферического паралича.
26. Характеристика центрального паралича.
27. Методика исследования мышечного тонуса.
28. Методика исследования мышечной силы
29. Методика исследования сухожильных рефлексов.
30. Методика исследования патологических рефлексов.
31. Анатомо-физиологические особенности экстрапирамидной системы.
32. Основные связи экстрапирамидной системы.
33. Нейрофизиологические и нейрохимические механизмы регуляции деятельности экстрапирамидной системы.
34. Гипертонически-гипокинетический синдром.
35. Гипотонически-гиперкинетический синдром.
36. Дистонические гиперкинезы.
37. Анатомо-физиологические особенности зрительного бугра.
38. Симптомокомплекс поражения зрительного бугра.
39. Анатомо-физиологические особенности внутренней капсулы.
40. Симптомокомплекс поражения внутренней капсулы.
41. Анатомо-физиологические особенности мозжечка.
42. Связи мозжечка с другими отделами нервной системы.

43. Симптомы и синдромы поражения мозжечка.
44. Поражение мозжечка. Статико-локомоторная атаксия.
45. Поражение мозжечка. Динамическая атаксия.
46. Клинические методы исследования координации движений.
47. Виды атаксий, их дифференциальная диагностика.
48. Сенситивная атаксия.
49. Вестибулярная атаксия.
50. Корковая (лобная) атаксия.
51. Строение спинного мозга, сегментарный аппарат спинного мозга.
52. Спинальные центры (цилио-, ано-, везикоспинальный, половой).
53. Синдромы поражения спинного мозга на различных уровнях.
54. Синдром половинного поражения спинного мозга (Броун-Секара).
55. Поражение плечевого сплетения.
56. Поражение лучевого нерва.
57. Поражение локтевого нерва.
58. Поражение срединного нерва.
59. Поражение седалищного нерва и его ветвей.
60. Поражение бедренного нерва.
61. Анатомо-физиологические особенности ствола головного мозга.
62. Синдромы поражения ствола мозга на различных уровнях, альтернирующие синдромы.
63. Анатомо-физиологические особенности I пары ЧМН, обонятельная система, синдромы поражения.
64. Анатомо-физиологические особенности II пары ЧМН, зрительная система, признаки поражения на разных уровнях.
65. Нейроофтальмологические и параклинические методы исследования зрительной системы.
66. Анатомо-физиологические особенности III, IV, VI пар черепно-мозговых нервов, глазодвигательная система, синдромы поражения.
67. Медиальный (задний) продольный пучок, синдромы поражения.
68. Зрачковый рефлекс и признаки его поражения.
69. Синдром Аргайла-Робертсона.
70. Синдром Эйди.
71. Анатомо-физиологические особенности V пары черепно-мозговых нервов.
72. Синдромы поражения V пары ЧМН на различных уровнях.
73. Анатомо-физиологические особенности VII пары ЧМН, синдромы поражения на различных уровнях.
74. Анатомо-физиологические особенности VIII пары ЧМН, слуховая и вестибулярная системы, синдромы поражения на различных уровнях.
75. Анатомо-физиологические особенности IX пары ЧМН, синдромы поражения на различных уровнях.
76. Анатомо-физиологические особенности X пары ЧМН, синдромы поражения на различных уровнях.
77. Анатомо-физиологические особенности XI пары ЧМН, синдромы поражения на различных уровнях.
78. Анатомо-физиологические особенности XII пары ЧМН, синдромы поражения на различных уровнях.
79. Бульбарный синдром, псевдобульбарный синдром.
80. Синдром поражения мосто-мозжечкового угла, яремного отверстия.
81. Анатомо-физиологические особенности вегетативной (автономной) нервной системы
82. Симпатический отдел вегетативной нервной системы

83. Парасимпатический отдел вегетативной нервной системы
84. Симптомы и синдромы поражения периферического отдела вегетативной нервной системы.
85. Симптомы и синдромы поражения центрального отдела вегетативной нервной системы.
86. Симпатоадреналовый криз.
87. Вагоинсулярный криз.
88. Неврогенные нарушения функций тазовых органов.
89. Анатомо-физиологические особенности ликворопроводящих путей и оболочек мозга.
90. Менингеальный синдром.
91. Методы исследования cerebrospinalной жидкости.
92. Белково-клеточная диссоциация.
93. Клеточно-белковая диссоциация.
94. Гипертензионный синдром, дислокационный синдром: основные клинические и параклинические признаки.
95. Гидроцефалия.
96. Анатомо-физиологические основы регуляции сознания, бодрствования, сна.
97. Формы нарушений сознания.
98. Диагностика нарушений сознания.
99. Шкала комы Глазго.
100. Нарушения сна и бодрствования.
101. Кора больших полушарий головного мозга: основные принципы строения и функции.
100. Учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности.
101. Высшие мозговые (психические) функции.
102. Афазия.
103. Апраксия.
104. Агнозия.
105. Синдромы поражения и раздражения лобных долей головного мозга.
106. Синдромы поражения и раздражения теменных долей головного мозга.
107. Синдромы поражения и раздражения височных долей головного мозга.
108. Синдромы поражения и раздражения затылочных долей головного мозга.
109. Кровоснабжение головного мозга: анатомия и физиология.
110. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга.
111. Преходящее нарушение мозгового кровообращения и ишемический инсульт: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
112. Геморрагический инсульт: этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия и показания к хирургическому лечению.
113. Субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние: этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия и показания к хирургическому лечению.
114. Параклинические методы диагностики острых нарушений мозгового кровообращения.
115. Первичная и вторичная профилактика инсульта.
116. Дисциркуляторная энцефалопатия: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение и профилактика.
117. Сосудистая деменция: патогенез, клиника, диагностика, профилактика.
118. Нарушения спинального кровообращения.
119. Классификация заболеваний периферической нервной системы.
120. Поражение плечевого сплетения.
121. Невропатия срединного, локтевого, лучевого, малоберцового, большеберцового нервов.
122. Синдром карпального канала.

123. Синдром кубитального канала.
124. Полинейропатии при соматических заболеваниях.
125. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия.
126. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия.
127. Невропатия лицевого нерва: клиника, диагностика, лечение.
128. Невралгия тройничного нерва: клиника, диагностика, лечение.
129. Остеохондроз позвоночника: дископатии, компрессионные и рефлекторные синдромы.
130. Миофасциальный синдром.
131. Люмбоишиалгия и цервикобрахиалгия.
132. Компрессионная радикулопатия.
133. Компрессионная миелопатия.
134. Основные типы наследственной передачи мутантного гена.
135. основные закономерности наследования и методы генетического анализа.
136. Принципы составления родословных карт, медико-генетическое консультирование.
137. Наследственное предрасположение.
138. Болезнь Дауна.
139. Синдромы Шерешевского-Тернера.
140. Синдром Клайнфельтера.
141. ХХХ синдром.
142. Миопатия Дюшена.
143. Миопатия Беккера.
144. Миопатия Эрба-Рота.
145. Миопатия Ландузи-Дежерина.
146. Спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана.
147. Невральная амиотрофия Шарко-Мари.
148. Миотония Томсена.
149. Миастения.
150. Параклинические методы исследований при нервно-мышечных заболеваниях.
151. Гепатолентикулярная дистрофия.
152. Хорея Гентингтона.
153. Амавротическая идиотия
154. Лейкодистрофия.
155. Атаксия Фридрейха.
156. Атаксия Пьера-Мари.
157. Болезнь Штрюмпеля.
158. Болезнь Паркинсона
159. Рассеянный склероз: патогенез, клиника, диагностика, типы течения.
160. Параклинические методы исследования в диагностике рассеянного склероза.
161. Острый рассеянный энцефаломиелит.
162. Дифференциальная диагностика рассеянного склероза и острого рассеянного энцефаломиелита.
163. Подходы к лечению демиелинизирующих заболеваний.
164. Параклинические методы исследования применяемые в диагностике сирингомиелии.
165. Подходы к лечению сирингомиелии.
166. Боковой амиотрофический склероз.
167. Параклинические методы диагностики бокового амиотрофического склероза
168. Клещевой энцефалит.
169. Клещевой боррелиоз.
170. Параинфекционные энцефалиты при кори, ветряной оспе, краснухе.
171. Ревматические поражения нервной системы, малая хорея.

172. Менингиты: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
173. Герпетическое поражение нервной системы: опоясывающий лишай, герпетический энцефалит.
174. Полиомиелит, особенности современного течения полиомиелита, полиомиелитоподобные заболевания.
175. Дифтерийная полиневропатия.
176. Ботулизм.
177. Нейросифилис.
178. Поражение нервной системы при СПИДе.
179. Опухоли головного мозга: классификация, клиника, диагностика.
180. Особенности течения супратенториальных опухолей головного мозга.
181. Особенности течения субтенториальных опухолей головного мозга.
182. Интрамедуллярные опухоли спинного мозга.
183. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга (интра-, экстрадуральные).
184. Показания и принципы оперативных вмешательств при опухолях головного и спинного мозга.
185. Абсцессы головного мозга.
186. Эпидурит.
187. Паразитарное поражение центральной нервной системы.
188. Нейрофиброматоз Реклингхаузена.
189. Классификация закрытой черепно-мозговой травмы.
190. Сотрясение головного мозга.
191. Ушиб головного мозга.
192. Внутричерепные травматические гематомы.
193. Посткоммоционный синдром.
194. Сотрясение спинного мозга.
195. Ушиб спинного мозга.
196. Спинальный шок.
197. Плексопатия плечевого сплетения (синдром Дежерина-Клюмпке, Дюшенна-Эрба).
198. Травматические поражения нервов конечностей.
199. Классификация эпилепсии и эпилептических припадков.
200. Этиология и патогенез эпилепсии и эпилептического синдрома.
201. Лечение эпилепсии.
202. Эпилептический статус: клиника, патогенез, лечение.
203. Неврогенные обмороки - классификация, патогенез, диагностика, лечение, профилактика.
204. Параклинические методы в диагностике пароксизмальных расстройств сознания
205. Неотложные состояния в неврологии и их терапия.
206. Классификация неврозов: неврастения, истерия, психастения, реактивное состояние.
207. Этиология и патогенез функциональных расстройств нервной системы.
208. Учение И.П. Павлова о типах высшей нервной деятельности человека.
209. Дисфункция вегетативной нервной системы.
210. Мигрень.
211. Головная боль напряжения.
212. Пучковая (кластерная) головная боль.
213. Медикаментозно-индуцированная (абзусная) головная боль.
214. Вторичные головные боли.
215. Атипичная лицевая боль.
216. Алгоритмы лечения головной и лицевой боли.
217. Поражения нервной системы при острой интоксикации этанолом.
218. Поражения нервной системы при хронической интоксикации этанолом.

219. Поражения нервной системы при интоксикации окисью углерода.
220. Поражение нервной системы при острой интоксикации метанолом.
221. Поражение нервной системы при острой интоксикации тетраэтилсвинцом.
222. Поражения нервной системы при острой и хронической интоксикации ртутью.
223. Поражения нервной системы при острой и хронической интоксикации свинцом.
224. Поражения нервной системы при острой и хронической интоксикации мышьяком.
225. Поражения нервной системы при острой и хронической интоксикации марганцем.
226. Особенности неврологических расстройств в пожилом и старческом возрасте.
227. Изменения нервной системы в пожилом и старческом возрасте.
228. Особенности лечения и обследования нейрогериатрических больных.

КОМПЛЕКТ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе ординатуры по специальности 31.08.42 «Неврология».

Задача № 1.

Ситуационная задача: Женщина 47 лет, работающая в регистратуре районной поликлиники, страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях. Осмотревший ее врач невролог поликлиники выявил левосторонний гемипарез, левостороннюю гемигипестезию и гемианопсию.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 5) Тактика лечения?

Задача №2

Ситуационная задача: Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

5) Возможные осложнения и исходы заболевания?

Задача №3

Ситуационная задача: 3-х летний ребенок, посещает ясли на полный день. Воспитательница заметила, что мальчик стал вялый, а затем начал плакать и беспокоиться. Измерение температуры выявило 39 С, возникла рвота. К моменту приезда скорой помощи: ребенок лежит в кроватке, сознание спутано, головка запрокинута назад, ноги подтянуты к животу. Срочно доставлен в больницу, где произведена люмбальная пункция. Анализ ликвора: давление 250 мм водного столба, цвет мутный, цитоз 1000 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы.

Задание:

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

Задача №4

Ситуационная задача: У солдата срочной службы остро развилось лихорадочное состояние, температура 39 С, рвота, потеря сознания. Врач выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелкоточечную сыпь в области ягодиц и подколенных ямок, пульс- 98 в мин., ритмичный. Неврологически: выраженная ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, цвет мутный, белесоватый, цитоз 1500 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы. При опросе солдат этой роты, выяснилось, что у одного из них постоянно был насморк с гнойным отделяемым.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?

- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предположите возможный источник заражения.
- 6) Возможные исходы заболевания?

Задача №5

Ситуационная задача: Студентка 19 лет обратилась с жалобами на генерализованный тремор, слабость при ходьбе, шаткость походки. Со слов сопровождающего ее брата, симптомы развились постепенно в течение последних двух месяцев, когда впервые стали отмечать слабость, эмоциональную лабильность, затем присоединился тремор в руках, изменилась походка. В неврологическом статусе: амимия, мышечная ригидность, тремор, усиливающийся при физическом напряжении, дизартрия, насильственный смех. Сухожильные рефлексy оживлены. Походка паркинсоническая, мелкими шажками, с односторонней поддержкой. При расспросе наблюдается выраженный когнитивный дефицит.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Каков предположительный клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Прогноз заболевания?

Задача № 6

Ситуационная задача: Мужчина 54 лет работник машиностроительного завода обратился в августе месяце в городскую больницу с жалобой на остроразвившуюся слабость в правых конечностях. Был в течении 10 дней получил курс терапии по поводу ОНМК по

ишемическому типу в бассейне левой соединительной мозговой артерии. Через 2 недели после выписки развился гемипарез левосторонний. Так же был госпитализирован и прошел курс терапии св связи с диагнозом ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии. После выписки в течении недели отметил появление одышки, затрудненный вдохом. Обратился в терапевтическое отделение , где был установлен диагноз ХОБЛ. На проводимое лечение в течении стационарного периода и последующего амбулаторного лечения отмечал незначительные уменьшения одышки вплоть до настоящего времени. Длительность около месяца.

Жалобы на момент осмотра: одышка затрудненным вдохом в покое и резко усиливающейся при движении.

При смотре выявлено: положение пациента активное. Пользуется кислородной подушкой.. сознание ясное. Речь не нарушена. Глазные щели равномерные. Зрачки равномерные, фотореакции живые. Лицо симметрично в покое и при мимических движениях. Язык по средней линии, глотание и фонация не нарушены. Парезов конечностей нет. Сухожильные и периостальные рефлексы умеренной живости, равномерные. Менингеальных симптомов, нарушений координации нет. Расстройств чувствительности не выявлено.

Результаты дополнительных исследований.

1. ОАК лейкоцитоз $6 \cdot 10^9$ /л. Э-2 п-3 с-62 л-28 м-5.
2. Рентгенография ОГК: усилен легочной рисунок, уплощенный куполы диафрагмы.
3. ЭКГ. Ритм синусовый. ЧСС 80 в мин. Умеренные дистрофические изменения в миокарда.
4. МРТ головного мозга. Субарахноидальное пространство и желудочки головного мозга не расширены. В белом веществе головного мозга единичные мелкие (1мм в диаметре) очаги глиоза.

Вопросы:

1. Ведущий клинический синдром.
2. Предварительный клинический диагноз
3. Провести диф.диагноз основного заболевания
4. План обследования

5. План лечения.

Задача № 7

Ситуационная задача: Мужчина 35 лет работник правоохранительных органов обратился с жалобами на головные боли, общая слабость, тошноту, рвоту, диарею, одышка затрудненный вдохом, частые позывы на мочеиспускание.

Анамнез заболевания: пациент поступил с места проведения демонстрации. Связывает острое появление описанных симптомов с распылением в лицо аэрозольного баллончика. Объективно: цианоз носогубного треугольника, незначительные сужения правого зрачка, сухожильные рефлексы оживлены, равномерны, патологических рефлексов не выявлено. При проведении нагрузочных проб быстро утомляемость мышц фасцикуляции. АД 170/100 мм.рт.ст. ЧСС 60 уд в мин.

Дополнительные методы исследования.

1. ОАК лейкоцитоз $6 \cdot 10^9$ /л. Э-2 п-3 с-62 л-28 м-5.

2. ОАМ: слабожелтый. Уд вес 1002. Лейкоцитов 1-2 в п/зр. Белок 0,01 г/л.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

Задача № 8

Ситуационная задача: Пациентка 52 лет, в июне сняла с плеча клеща. Через 3-4 дня после этого в месте присасывания клеща появилось покраснение кольцевидной формы с просветлением в центре, которое исчезло через 3 недели. В конце августа стала беспокоить головная боль, тошнота, невысокая лихорадка, боль по ходу корешков Th2-Th6, Th11- L2. В начале сентября развился периферический паралич левого, а через 3 дня – и правого лицевых нервов, после чего пациентка была госпитализирована. Неврологический статус: симптомы общей гиперестезии - умеренно выраженные, с-м Кернига – положительный,

болезненная пальпация точек выхода I ветви V пары с обеих сторон. Периферический паралич обоих лицевых нервов . Гиперпатия в зоне Th2-Th6, Th11-L2. Высыпания на коже отсутствуют. В анализе ликвора – умеренный лимфоцитарный плеоцитоз, белок 1 г/л, содержание глюкозы несколько снижено.

Вопросы:

- 1.Предположительный диагноз?
2. Лечение?

Задача № 9

Ситуационная задача: Женщина 20 лет, обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что у нее несколько раз в год бывают приступы интенсивной пульсирующей боли, обычно в левой половине головы. Пациентка заметила, что довольно часто приступ возникал после употребления красного вина. Приступу предшествует нарушение зрения в виде выпадения правых половин поля зрения. Головная боль сопровождается тошнотой, иногда рвотой, анальгетиками купируется плохо. Обычно приступ продолжается несколько часов.

Вопросы:

- 1.Предположительный клинический диагноз.
2. Требуется ли срочная госпитализация?
3. Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
4. Назначьте лечение.

Задача № 10

Ситуационная задача: На приеме больной 71 года. У больного наблюдаются выраженные нарушения памяти, как текущей, так и на события прошлого, утрата прежних знаний и умений, временами эпизоды дезориентировки во времени и месте, включая неузнавание привычной обстановки, родственников. Мышление грубо конкретное, темп снижен. Речь не всегда внятная и не всегда по существу беседы. Интеллект снижен. Фон настроения неустойчив. Тонус мышц несколько повышен, походка медлительная, шаркающая. Болеет в течение примерно 10 лет. Несколько лет назад имел место эпизод выраженного

психомоторного возбуждения, сопровождающийся полной дезориентировкой во времени и месте, галлюцинаторными расстройствами, в связи с чем больной лечился стационарно.

Вопросы:

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Принципы лечения?

Задача № 11

Ситуационная задача: У больного 39 лет в течение двух месяцев сохраняются интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра, до IV,V пальцев справа. Боль не купируется нестероидными противовоспалительными препаратами, миорелаксантами, антиконвульсантами, антидепрессантами, медикаментозными блокадами, методами физиотерапии и мануальной терапии. На МРТ выявлена грыжа диска L5-S1, размером 11 мм., компремирующая дуральный мешок.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте клинический диагноз.
- 2.Частота планового диспансерного наблюдения.

Задача № 12

Ситуационная задача: Женщина 67 лет обратилась в поликлинику в связи с частыми (почти каждый день) приступами стреляющей боли в области щеки, нижних зубов, нижней челюсти слева. Боль острая, интенсивная, продолжается около 30 секунд, прием анальгетиков возникновение приступа не предотвращает. Женщина проконсультировалась со стоматологом, врач не выявил патологии со стороны зубов.

Вопросы:

- 1.Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Необходима ли госпитализация?
- 3.Диагностическая тактика?
- 4.Лечебная тактика.

Задача № 13

Ситуационная задача: Больной 40 лет, каждый раз после умственной, психоэмоциональной нагрузки или после изменения метеорологических условий жалуется на головную боль, головокружение; также отмечает нарушение сна, снижение памяти; нарушение работоспособности. Подобные жалобы беспокоят последние 2 года. В течение 6-ти лет страдает артериальной гипертензией. Объективно: избыточного питания. Пульс 72 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. А/Д 160/100 мм рт.ст. В неврологическом статусе: эмоционально лабилен, признаков очагового поражения нервной системы не выявляется. При дополнительных исследованиях выявлено повышение уровня триглицеридов и ХЛПНП; на глазном дне – ангиопатия сетчатки.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?

2. Лечебная тактика.

Задача № 14

Ситуационная задача: Больной К., 43 лет. Обратился к участковому врачу, на 3 день болезни, с жалобами на слабость, мышечные боли, сильную головную боль, лихорадку 38.8. 10 дней назад, после посещения леса, снял с себя клеща. Объективно: пульс 86 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца чистые. АД 120/80. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, б/б. Печень и селезенка не увеличены. Видимой очаговой симптоматики со стороны Ч. М. Н. не выявлено. Менингеальных знаков нет. Эритемы в месте укуса не обнаружено.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?

2. Лечебная тактика?

Задача № 15

Ситуационная задача: Больной 52 лет, страдающий хроническим панкреатитом, жалуется на онемение, «жжение» стоп, боль в мышцах голени, парестезии в пальцах рук, Эти

явления появились 5 недель назад. Кроме того, в течение года отмечает пошатывание при ходьбе, ухудшение памяти. Наблюдается у нарколога. В неврологическом статусе: Снижение силы разгибателей стоп, гипотония икроножных мышц, ахилловы рефлексы не вызываются, снижены карпорадиальные рефлексы. Выявляются симптомы орального автоматизма. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп. При выполнении коленно-пяточной пробы отмечается атаксия с двух сторон.

Вопросы:

1. Предположительный клинический диагноз?
2. Лечение.

Задача № 16

Ситуационная задача: Больная А., 60 лет. В течение июня-июля проживала на дачном участке. Поступила в инфекционное отделение 3 августа на 5-й день болезни с жалобами на слабость и субфебрильную температуру тела. При объективном обследовании в области правой подмышечной впадины определяется кольцевидная эритема с несколькими кольцами гиперемии и тенденцией к периферическому росту диаметром до 20 см. В центре эритемы - первичный аффект. Увеличены лимфоузлы в правой подмышечной области. Тоны сердца ритмичные, пульс 86 в мин., АД - 120/70 мм рт.ст. Менингеальных знаков нет. При целенаправленном исследовании отклонений со стороны внутренних органов не выявлено. Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 31%, моноциты - 8%, СОЭ - 13 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика лечения?

Задача № 17

Ситуационная задача: У больного 18-ти лет остро повысилась температура до 38,5 С; появилась сильная головная боль, многократная рвота. При осмотре: гиперемия лица, конъюнктивит, фарингит. Неврологически – менингеальный симптомокомплекс. Ликвор вытекает под резко повышенным давлением, в анализе ликвора – лимфоцитарный плеоцитоз; количество белка и глюкозы – в норме. На фоне терапии анальгетиками и диуретическими средствами самочувствие больного существенно улучшилось, уменьшилась головная боль, прекратилась рвота.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Задача № 18

Ситуационная задача: При проведении очередного профилактического медицинского осмотра работников цеха по производству автомобильных аккумуляторов два человека пожаловались на частые головные боли тупого ноющего характера, быструю утомляемость, боли в мышцах, дрожание пальцев рук, периодическое непроизвольное подергивание отдельных мышц. Из анамнеза установлено, что трудовой стаж на данном предприятии и в этом цехе у работников составляет более 10 лет. При осмотре установлено, что кожные покровы бледноватые с серовато-землистым оттенком, видимые слизистые бледные. На деснах, преимущественно у передних зубов, изменен цвет слизистой: вдоль зубов идет лиловая полоска. Имеет место тремор пальцев рук. При пальпации мышц рук отмечается болезненность по ходу нервов.

Вопросы:

1. О каком профессиональном заболевании может идти речь.
2. Какие мероприятия в этом случае должны быть обеспечены медсанчастью предприятия?

Задача № 19

Ситуационная задача: Дочь привела на осмотр к неврологу свою 78 летнюю мать, так как она последний год перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дому, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов дочери в течении 5-6ти лет у мамы нарушилась с память, она начала терять интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия.

Вопросы:

- 1.Поставьте предположительный диагноз.
2. План обследования?
3. Лечебная тактика?

Задача № 20

Ситуационная задача: Женщина 26ти лет обратилась к врачу в поликлинику в связи с тем, что за последний год у нее было два приступа нарушения зрения в виде выпадения правых половин полей зрения, приступ продолжается около получаса и ничем больше не сопровождается. Женщина рассказала, что ее бабушка и мать в молодом возрасте страдали приступообразными головными болями, были ли у них нарушения зрения, она не знает. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы.

Вопросы:

- 1.Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Требуется ли госпитализация?
- 3.Дифференциальный ряд.
4. Диагностические мероприятия.
5. Лечение

Задача № 21

Ситуационная задача: На приеме находится больной 70 лет, приведенный дочерью. Дочь сообщает, что на протяжении последних примерно полугода больной начал постепенно становится раздражительным, обидчивым, подозрительным, в беседе высказывает неадекватные претензии к родственникам. Прежние интересы постепенно утрачиваются, в поведении появляется неадекватность, в последнее время больной пытается разобрать или даже разломать различные предметы домашней обстановки, говоря, что он их «чинит». Критика к состоянию отсутствует. Не узнает соседей, путает старых знакомых на фотографиях, путает события прошлого. Часто теряется в привычной обстановке, забывает, где что находится, постоянно забывает, куда положил ту или иную вещь, что собирался сделать, что уже сделал.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Лечение.
3. Прогноз.

Задача № 22

Ситуационная задача: Женщина 34 лет обратилась к врачу в связи с тем, что в течение 10 лет ее беспокоит частая (несколько раз в неделю) головная боль, средней интенсивности, двухсторонняя, тупая, последнее время головная боль усилилась. Несколько лет назад пациентка делала обследование: была осмотрена офтальмологом, выполнила МРТ головного мозга и ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга. Патологии выявлено не было. Сама пациентка связывает ухудшение с плохими жилищными условиями, после развода с мужем, живет в коммунальной квартире и регулярно конфликтует с соседями. Перспектив на изменение жилищных условий пока нет. Для облегчения головной боли почти ежедневно принимает анальгетики, последний год вынуждена принимать анальгин или пенталгин по два, иногда три раза в день. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы, кроме симметричного оживления глубоких рефлексов.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.

2.Диф.ряд.

3.Лечение.

Задача № 23

Ситуационная задача: Пациент 18 лет. Заболел остро – лихорадка, сильная головная боль, заторможенность. На 2 день заболевания появились нарушения речи (трудности в подборе слов), отмечались обонятельные галлюцинации, развился общесудорожный припадок. Пациент по скорой помощи был госпитализирован. Неврологический статус: сознание спутанное, психомоторное возбуждение, моторная афазия, правосторонний симптом Бабинского, положительные менингеальные симптомы. В приемном покое повторился общесудорожный припадок. По результатам МРТ головного мозга – очаг в лобно-височной области слева с зоной отека . В ликворе – умеренный лимфоцитарный плеоцитоз, нормальный уровень глюкозы.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Лечебная тактика?

Задача № 24

Ситуационная задача: В поликлинику поступил вызов на дом к больной У., 17 лет, с жалобами на высокую температуру (39,7 градуса), сильную головную боль и рвоту. Больна первый день, Ранее (до школы и в начальных классах) часто болела простудными заболеваниями, но последнее время стала заниматься спортом, аэробикой, болела редко. 5 дней назад ездила на соревнования в другой город, где перенесла стресс и переохлаждение. Контакт с инфекционными больными точно не подтвержден. Из анамнеза жизни; рождена в срок, беременность и роды у матери протекали нормально. В раннем детстве развивалась без отставания, посещала детские дошкольные учреждения, в школу пошла 6, 5 лет. Училась на 4, В настоящее время продолжает обучение в колледже. Живет с родителями. Имеет младшую сестру 15 лет. В семье все здоровы. Травм, операций, переливаний крови, аллергических реакций не было. Менструации с 13 лет, регулярные. При осмотре у неё выявлены: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, артериальная гипотензия

(А/Д 95/60 мм рт ст), повышение температуры 40 градусов, озноб, брадикардия, сменяющееся тахикардией, аритмия, выраженные менингеальные знаки: ригидность шейных мышц, симптом Кернига, симптомы Брудзинского, общая гиперестезия, полиморфная эритематозная сыпь, психомоторное возбуждение, светобоязнь, диплопия, птоз, косоглазие, повышение глубоких рефлексов, двухсторонний симптом Бабинского. Общий анализ крови по "cito": гемоглобин 120 г/л; эритроциты 4,1; лейкоциты 28,5; с/я 72; п/я 8; моноциты 2; лимфоциты 13; эозинофилы 5. СОЭ 44мм/ч.

Вопросы:

1. На основании выделения основных патогномичных синдромов обоснуйте Ваше предварительное заключение?
2. Что поможет в диагностике?
3. Лечебная тактика?

Задача № 25

Ситуационная задача: Больная 22 лет жалуется на периодические приступы сильнейшей головной боли, обычно в левой половине головы. Приступ начинается с нарушения полей зрения справа, сопровождается тошнотой иногда рвотой, продолжается несколько часов. Обычные анальгетики мало облегчают ситуацию. На приеме у врача женщина вспомнила, что похожие приступы были у ее бабушки и мамы. Неврологический осмотр не выявил очаговой симптоматики.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Назначьте обследование
3. Лечение.

Задача № 26.

Ситуационная задача: Мужчина 54 лет работник машиностроительного завода обратился в августе месяце в городскую больницу с жалобой на остро развившуюся слабость в правых

конечностях. Был в течении 10 дней получил курс терапии по поводу ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой соединительной мозговой артерии. Через 2 недели после выписки развился гемипарез левосторонний. Так же был госпитализирован и прошел курс терапии св связи с диагнозом ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии. После выписки в течении недели отметил появление одышки, затрудненный вдохом. Обратился в терапевтическое отделение , где был установлен диагноз ХОБЛ. На проводимое лечение в течении стационарного периода и последующего амбулаторного лечения отмечал незначительные уменьшения одышки вплоть до настоящего времени. Длительность около месяца. Жалобы на момент осмотра: одышка затрудненным вдохом в покое и резко усиливающейся при движении. При осмотре выявлено: положение пациента активное. Пользуется кислородной подушкой.. сознание ясное. Речь не нарушена. Глазные щели равномерные. Зрачки равномерные, фотореакции живые. Лицо симметрично в покое и при мимических движениях. Язык по средней линии, глотание и фонация не нарушены. Парезов конечностей нет. Сухожильные и периостальные рефлексы умеренной живости, равномерные. Менингеальных симптомов, нарушений координации нет. Расстройств чувствительности не выявлено.

Результаты дополнительных исследований.

ОАК лейкоцитоз $6 \cdot 10^9$ /л. Э-2 п-3 с-62 л-28 м-5.

Рентгенография ОГК: усилен легочной рисунок, уплощенный куполы диафрагмы.

ЭКГ. Ритм синусовый. ЧСС 80 в мин. Умеренные дистрофические изменения в миокарда.

МРТ головного мозга. Субарахноидальное пространство и желудочки головного мозга не расширены. В белом веществе головного мозга единичные мелкие (1мм в диаметре) очаги глиоза.

Вопросы:

1. Ведущий клинический синдром.
2. Предварительный клинический диагноз
3. Провести диф.диагноз основного заболевания
4. План обследования
5. План лечения.

Задача № 27.

Ситуационная задача: Мужчина 35 лет работник правоохранительных органов обратился с жалобами на головные боли, общая слабость, тошноту, рвоту, диарею, одышка затрудненный вдохом, частые позывы на мочеиспускание. Анамнез заболевания: пациент поступил с места проведения демонстрации. Связывает острое появление описанных симптомов с распылением в лицо аэрозольного баллончика. Объективно: цианоз носогубного треугольника, незначительные сужения правого зрачка, сухожильные рефлексы оживлены, равномерны, патологических рефлексов не выявлено. При проведении нагрузочных проб быстро утомляемость мышц фасцикуляции. АД 170/100 мм.рт.ст. ЧСС 60 уд в мин. Дополнительные методы исследования. 1.ОАК лейкоцитоз $6 \cdot 10^9$ /л. Э-2 п-3 с-62 л-28 м-5. 2. оам: слабожелтый. Уд вес 1002. Лейкоцитов 1-2 в п/зр. Белок 0,01 г/л.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

Задача № 28.

Ситуационная задача: Женщина 47 лет, работающая в регистратуре районной поликлиники, страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях. Осмотревший ее врач невролог поликлиники выявил левосторонний гемипарез, левостороннюю гемигипестезию и гемиптопию.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести в стационаре?

5) Тактика лечения?

Задача № 29.

Ситуационная задача: Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные осложнения и исходы заболевания?

Задача № 30.

Ситуационная задача: 3-х летний ребенок, посещает ясли на полный день. Воспитательница заметила, что мальчик стал вялый, а затем начал плакать и беспокоиться. Измерение температуры выявило 39 С, возникла рвота. К моменту приезда скорой помощи: ребенок лежит в кроватке, сознание спутано, головка запрокинута назад, ноги подтянуты к животу. Срочно доставлен в больницу, где произведена люмбальная пункция. Анализ ликвора: давление 250 мм водного столба, цвет мутный, цитоз 1000 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы.

Задание:

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

5) Возможные исходы заболевания?

Задача № 31.

Ситуационная задача: У солдата срочной службы остро развилось лихорадочное состояние, температура 39 С, рвота, потеря сознания. Врач выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелкоточечную сыпь в области ягодиц и подколенных ямок, пульс- 98 в мин., ритмичный. Неврологически: выраженная ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, цвет мутный, белесоватый, цитоз 1500 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы. При опросе солдат этой роты, выяснилось, что у одного из них постоянно был насморк с гнойным отделяемым.

Задание:

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

Задача № 32.

Ситуационная задача: Студентка 19 лет обратилась с жалобами на генерализованный тремор, слабость при ходьбе, шаткость походки. Со слов сопровождающего ее брата, симптомы развились постепенно в течение последних двух месяцев, когда впервые стали отмечать слабость, эмоциональную лабильность, затем присоединился тремор в руках, изменилась походка. В неврологическом статусе: амимия, мышечная ригидность, тремор, усиливающийся при физическом напряжении, дизартрия, насильственный смех. Сухожильные рефлексy оживлены. Походка паркинсоническая, мелкими шажками, с односторонней поддержкой. При расспросе наблюдается выраженный когнитивный дефицит.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Каков предположительный клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Прогноз заболевания?

Задача № 33.

Ситуационная задача: У больного 18-ти лет остро повысилась температура до 38,5 С; появилась сильная головная боль, многократная рвота. При осмотре: гиперемия лица, конъюнктивит, фарингит. Неврологически – менингеальный симптомокомплекс. Ликвор вытекает под резко повышенным давлением, в анализе ликвора – лимфоцитарный плеоцитоз; количество белка и глюкозы – в норме. На фоне терапии анальгетиками и диуретическими средствами самочувствие больного существенно улучшилось, уменьшилась головная боль, прекратилась рвота.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Задача № 34.

Ситуационная задача: Пациентка 52 лет, в июне сняла с плеча клеща. Через 3-4 дня после этого в месте присасывания клеща появилось покраснение кольцевидной формы с просветлением в центре, которое исчезло через 3 недели. В конце августа стала беспокоить головная боль, тошнота, невысокая лихорадка, боль по ходу корешков Th2-Th6, Th11- L2. В начале сентября развился периферический паралич левого, а через 3 дня – и правого лицевых нервов, после чего пациентка была госпитализирована. Неврологический статус: симптомы общей гиперестезии - умеренно выраженные, с-м Кернига – положительный, болезненная пальпация точек выхода I ветви V пары с обеих сторон. Периферический паралич обоих лицевых нервов. Гиперпатия в зоне Th2-Th6, Th11-L2. Высыпания на коже

отсутствуют. В анализе ликвора – умеренный лимфоцитарный плеоцитоз, белок 1 г/л, содержание глюкозы несколько снижено.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Лечение?

Задача № 35.

Ситуационная задача: Больной К., 43 лет. Обратился к участковому врачу, на 3 день болезни, с жалобами на слабость, мышечные боли, сильную головную боль, лихорадку 38.8. 10 дней назад, после посещения леса, снял с себя клеща. Объективно: пульс 86 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца чистые. АД 120/80. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, б/б. Печень и селезенка не увеличены. Видимой очаговой симптоматики со стороны Ч. М. Н. не выявлено. Менингеальных знаков нет. Эритемы в месте укуса не обнаружено.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Лечебная тактика?

Задача № 36.

Ситуационная задача: Больная А., 60 лет. В течение июня-июля проживала на дачном участке. Поступила в инфекционное отделение 3 августа на 5-й день болезни с жалобами на слабость и субфебрильную температуру тела. При объективном обследовании в области правой подмышечной впадины определяется кольцевидная эритема с несколькими кольцами гиперемии и тенденцией к периферическому росту диаметром до 20 см. В центре эритемы - первичный аффект. Увеличены лимфоузлы в правой подмышечной области. Тоны сердца ритмичные, пульс 86 в мин., АД - 120/70 мм рт.ст. Менингеальных знаков нет. При целенаправленном исследовании отклонений со стороны внутренних органов не выявлено. Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты -

5,4x10⁹/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 31%, моноциты -8%, СОЭ - 13 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика лечения?

Задача № 37.

Ситуационная задача: Пациент 18 лет. Заболел остро – лихорадка, сильная головная боль, заторможенность. На 2 день заболевания появились нарушения речи (трудности в подборе слов), отмечались обонятельные галлюцинации, развился общесудорожный припадок. Пациент по скорой помощи был госпитализирован. Неврологический статус: сознание спутанное, психомоторное возбуждение, моторная афазия, правосторонний симптом Бабинского, положительные менингеальные симптомы. В приемном покое повторился общесудорожный припадок. По результатам МРТ головного мозга – очаг в лобно-височной области слева с зоной отека . В ликворе – умеренный лимфоцитарный плеоцитоз, нормальный уровень глюкозы.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Лечебная тактика?

Задача № 38.

Ситуационная задача: В поликлинику поступил вызов на дом к больной У., 17 лет, с жалобами на высокую температуру (39,7 градуса), сильную головную боль и рвоту. Больна первый день, Ранее (до школы и в начальных классах) часто болела простудными заболеваниями, но последнее время стала заниматься спортом, аэробикой, болела редко. 5 дней назад ездила на соревнования в другой город, где перенесла стресс и переохлаждение. Контакт с инфекционными больными точно не подтвержден. Из анамнеза жизни; рождена в срок, беременность и роды у матери протекали нормально. В раннем детстве развивалась без отставания, посещала детские дошкольные учреждения, в школу пошла 6, 5 лет.

Училась на 4, В настоящее время продолжает обучение в колледже. Живет с родителями. Имеет младшую сестру 15 лет. В семье все здоровы. Травм, операций, переливаний крови, аллергических реакций не было. Менструации с 13 лет, регулярные. При осмотре у неё выявлены: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, артериальная гипотензия (А/Д 95/60 мм рт ст), повышение температуры 40 градусов, озноб, брадикардия, сменяющееся тахикардией, аритмия, выраженные менингеальные знаки: ригидность шейных мышц, симптом Кернига, симптомы Брудзинского, общая гиперестезия, полиморфная эритематозная сыпь, психомоторное возбуждение, светобоязнь, диплопия, птоз, косоглазие, повышение глубоких рефлексов, двухсторонний симптом Бабинского. Общий анализ крови по "cito": гемоглобин 120 г/л; эритроциты 4,1; лейкоциты 28,5; с/я 72; п/я 8; моноциты 2; лимфоциты 13; эозинофилы 5. СОЭ 44мм/ч.

Вопросы:

1. На основании выделения основных патогномоничных синдромов обоснуйте Ваше предварительное заключение?
2. Что поможет в диагностике?
3. Лечебная тактика?

Задача № 39.

Ситуационная задача: Больной 40 лет, каждый раз после умственной, психоэмоциональной нагрузки или после изменения метеорологических условий жалуется на головную боль, головокружение; также отмечает нарушение сна, снижение памяти; нарушение работоспособности. Подобные жалобы беспокоят последние 2 года. В течение 6-ти лет страдает артериальной гипертензией. Объективно: избыточного питания. Пульс 72 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. А/Д 160/100 мм рт.ст. В неврологическом статусе: эмоционально лабилен, признаков очагового поражения нервной системы не выявляется. При дополнительных исследованиях выявлено повышение уровня триглицеридов и ХЛПНП; на глазном дне – ангиопатия сетчатки.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?

Задача № 40.

Ситуационная задача: Дочь привела на осмотр к неврологу свою 78 летнюю мать, так как она последний год перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дому, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов дочери в течении 5-6ти лет у мамы нарушилась с память, она начала терять интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. План обследования?
3. Лечебная тактика?

Задача № 41.

Ситуационная задача: Больной 52 лет, страдающий хроническим панкреатитом, жалуется на онемение, «жжение» стоп, боль в мышцах голеней, парестезии в пальцах рук, Эти явления появились 5 недель назад. Кроме того, в течение года отмечает пошатывание при ходьбе, ухудшение памяти. Наблюдается у нарколога. В неврологическом статусе: Снижение силы разгибателей стоп, гипотония икроножных мышц, ахилловы рефлекс не вызываются, снижены карпорадиальные рефлекс. Выявляются симптомы орального автоматизма Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп. При выполнении коленно-пяточной пробы отмечается атаксия с двух сторон.

Вопросы:

1. Предположительный клинический диагноз?
2. Лечение.

Задача № 42.

Ситуационная задача: При проведении очередного профилактического медицинского осмотра работников цеха по производству автомобильных аккумуляторов два человека пожаловались на частые головные боли тупого ноющего характера, быструю утомляемость,

боли в мышцах, дрожание пальцев рук, периодическое непроизвольное подергивание отдельных мышц. Из анамнеза установлено, что трудовой стаж на данном предприятии и в этом цехе у работников составляет более 10 лет. При осмотре установлено, что кожные покровы бледноватые с серовато-землистым оттенком, видимые слизистые бледные. На деснах, преимущественно у передних зубов, изменен цвет слизистой: вдоль зубов идет лиловая полоска. Имеет место тремор пальцев рук. При пальпации мышц рук отмечается болезненность по ходу нервов.

Вопросы:

1. О каком профессиональном заболевании может идти речь.
2. Какие мероприятия в этом случае должны быть обеспечены медсанчастью предприятия?

Задача № 43.

Ситуационная задача: Женщина 20 лет, обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что у нее несколько раз в год бывают приступы интенсивной пульсирующей боли, обычно в левой половине головы. Пациентка заметила, что довольно часто приступ возникал после употребления красного вина. Приступу предшествует нарушение зрения в виде выпадения правых половин поля зрения. Головная боль сопровождается тошнотой, иногда рвотой, анальгетиками купируется плохо. Обычно приступ продолжается несколько часов.

Вопросы:

1. Предположительный клинический диагноз.
2. Требуется ли срочная госпитализация?
3. Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
4. Назначьте лечение.

Задача № 44.

Ситуационная задача: Женщина 67 лет обратилась в поликлинику в связи с частыми (почти каждый день) приступами стреляющей боли в области щеки, нижних зубов, нижней челюсти слева. Боль острая, интенсивная, продолжается около 30 секунд, прием

анальгетиков возникновение приступа не предотвращает. Женщина проконсультировалась со стоматологом, врач не выявил патологии со стороны зубов.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Необходима ли госпитализация?
3. Диагностическая тактика?
4. Лечебная тактика.

Задача № 45.

Ситуационная задача: Женщина 26ти лет обратилась к врачу в поликлинику в связи с тем, что за последний год у нее было два приступа нарушения зрения в виде выпадения правых половин полей зрения, приступ продолжается около получаса и ничем больше не сопровождается. Женщина рассказала, что ее бабушка и мать в молодом возрасте страдали приступообразными головными болями, были ли у них нарушения зрения, она не знает. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Требуется ли госпитализация?
3. Дифференциальный ряд.
4. Диагностические мероприятия.
5. Лечение,

Задача № 46.

Ситуационная задача: Женщина 34 х лет обратилась к врачу в связи с тем, что в течение 10ти лет ее беспокоит частая (несколько раз в неделю) головная боль, средней интенсивности, двухсторонняя, тупая, последнее время головная боль усилилась. Несколько лет назад пациентка делала обследование: была осмотрена офтальмологом,

выполнила МРТ головного мозга и ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга. Патологии выявлено не было. Сама пациентка связывает ухудшение с плохими жилищными условиями, после развода с мужем, живет в коммунальной квартире и регулярно конфликтует с соседями. Перспектив на изменение жилищных условий пока нет. Для облегчения головной боли почти ежедневно принимает анальгетики, последний год вынуждена принимать анальгин или пенталгин по два, иногда три раза в день. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы, кроме симметричного оживления глубоких рефлексов.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Диф. ряд.
3. Лечение.

Задача № 47.

Ситуационная задача: Больная 22 лет жалуется на периодические приступы сильнейшей головной боли, обычно в левой половине головы. Приступ начинается с нарушения полей зрения справа, сопровождается тошнотой иногда рвотой, продолжается несколько часов. Обычные анальгетики мало облегчают ситуацию. На приеме у врача женщина вспомнила, что похожие приступы были у ее бабушки и мамы. Неврологический осмотр не выявил очаговой симптоматики.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Назначьте обследование
3. Лечение.

Задача № 48.

Ситуационная задача: На приеме больной 71 года. У больного наблюдаются выраженные нарушения памяти, как текущей, так и на события прошлого, утрата прежних знаний и

умений, временами эпизоды дезориентировки во времени и месте, включая неузнавание привычной обстановки, родственников. Мышление грубо конкретное, темп снижен. Речь не всегда внятная и не всегда по существу беседы. Интеллект снижен. Фон настроения неустойчив. Тонус мышц несколько повышен, походка медлительная, шаркающая. Болеет в течение примерно 10 лет. Несколько лет назад имел место эпизод выраженного психомоторного возбуждения, сопровождающийся полной дезориентировкой во времени и месте, галлюцинаторными расстройствами, в связи с чем больной лечился стационарно.

Вопросы:

1.Предположительный диагноз?

2.Принципы лечения?

Задача № 49.

Ситуационная задача: На приеме находится больной 70 лет, приведенный дочерью. Дочь сообщает, что на протяжении последних примерно полугода больной начал постепенно становится раздражительным, обидчивым, подозрительным, в беседе высказывает неадекватные претензии к родственникам. Прежние интересы постепенно утрачиваются, в поведении появляется неадекватность, в последнее время больной пытается разобрать или даже разломать различные предметы домашней обстановки, говоря, что он их «чинит». Критика к состоянию отсутствует. Не узнает соседей, путает старых знакомых на фотографиях, путает события прошлого. Часто теряется в привычной обстановке, забывает, где что находится, постоянно забывает, куда положил ту или иную вещь, что собирался сделать, что уже сделал.

Вопросы:

1.Предположительный диагноз.

2. Лечение.

3. Прогноз.

Задача № 50.

Ситуационная задача: У больного 39 лет в течение двух месяцев сохраняются интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра, до IV,V пальцев справа. Боль не купируется нестероидными противовоспалительными препаратами, миорелаксантами, антиконвульсантами, антидепрессантами, медикаментозными блокадами, методами физиотерапии и мануальной терапии. На МРТ выявлена грыжа диска L5-S1, размером 11 мм., компремирующая дуральный мешок.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Частота планового диспансерного наблюдения.

Задача № 51.

Ситуационная задача: Больная 45 лет. В анамнезе гипертоническая болезнь с высоким артериальным давлением. Заболела остро, когда на фоне головной боли и повышения артериального давления до 220/100 мм рт. ст., утром обратила внимание на асимметрию лица: перестал закрываться левый глаз, возникла неловкость при жевании, перестала ощущать вкус съеденной пищи. При осмотре общемозговых и менингеальных симптомов нет. Артериальное давление - 200/100 мм рт. ст. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки D=S, с сохранной реакцией на свет, лагофтальм, не вызывается супраорбитальный рефлекс, сглажена левая носогубная складка, левый угол рта опущен. Больная не может наморщить лоб слева, надуть щеки, свистнуть, Язык расположен по средней линии, глотание и фонация сохранены. Чувствительность на лице сохранена. На передних 2/3 языка слева определяется нарушение вкусовой чувствительности. Симптомов пирамидной недостаточности, нарушений общей чувствительности и координации нет. При МР-томографии головного мозга патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш первичный диагноз?
2. Ваша тактика лечения?

Задача № 52.

Ситуационная задача: Больной 48 лет, в течение длительного времени злоупотребляет алкоголем. Около месяца назад стал отмечать онемение в конечностях, больше в кистях и стопах, с постоянно нарастающей слабостью в них, стал неуверенно ходить. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, черепные нервы без особенностей, активные движения в конечностях в полном объеме, выявляются снижение мышечной силы в кистях и стопах, атрофия межкостных мышц на кистях болезненность при пальпации по ходу нервных стволов конечностей, сухожильные и периостальные рефлексы равномерно снижены, болевая гипестезия по типу высоких перчаток и носков. Анализы крови и мочи без патологии. При люмбальной пункции получен прозрачный бесцветный ликвор вытекающий под нормальным давлением, содержание клеток и белка не увеличено. Анализ ликвора: цвет - бесцветный, прозрачность - прозрачный, ксантохромии - нет, цитоз – 3 лимфоцитов, белок -0.33 мг %, давление 180 мм водного столба.

Вопрос:

1.Ваш первичный диагноз?

2.Ваша тактика лечения?

Задача № 53.

Ситуационная задача: Больной 17 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на повышение температуры, сильные головные боли, тошноту, повторную рвоту. Из анамнеза известно, что заболел 2 дня назад, когда повысилась температура до 41°C, появились сильные головные боли, светобоязнь, тошнота, рвота. При осмотре: состояние тяжелое. Лежит на боку, голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях и подтянуты к животу. Петехиальная сыпь на бедрах и ягодицах. Дезориентирован во времени и пространстве. Выраженный менингеальный синдром в виде грубой ригидности мышц шеи, скулового симптома Бехтерева, симптомов Кернига и Брудзинского с двух сторон. Очаговой неврологической симптоматики нет. При исследовании цереброспинальной жидкости цвет ее желтовато-зеленый, мутная, определяется нейтрофильный плеоцитоз (анализ ликвора прилагается), незначительное снижение содержания глюкозы и хлоридов. При посеве ликвора обнаружен менингококк. Анализ ликвора: цвет - желтовато-зеленый,

прозрачность - мутная, цитоз - клетки покрывают все поле зрения, нейтрофилы - более 1000 в мм³, лимфоциты - единичные, белок - 0.66 мг %, глюкоза - 0,38 г/л, хлориды - 110 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш первичный диагноз?
2. Ваша тактика лечения?

Задача № 54.

Ситуационная задача: Больная 18 лет жалуется на сильную головную боль, рвоту, светобоязнь, двоение в глазах. Заболела неделю назад, когда повысилась температура, началось недомогание, потеряла аппетит, беспокоила головная боль, вялость. При осмотре: температура 38,4 С, жалуется на диффузную головную боль, незначительное двоение предметов по горизонтали при взгляде вправо. Ориентирована правильно, быстро истощается. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева справа, симптом Кернига с двух сторон. Со стороны черепных нервов: легкое расходящееся косоглазие за счет левого глазного яблока, анизокория S>D, фотореакция слева снижена. Другой очаговой симптоматики не выявляется. При исследовании цереброспинальной жидкости (анализ ликвора прилагается) выявляется повышение давления, смешанный плеоцитоз с преобладанием лимфоцитов, снижение содержания глюкозы и хлоридов, при отстаивании ликвора выпадает пленка фибрина. Анализ ликвора: цвет - бесцветный, прозрачность - прозрачный, давление - 210 мм вод. ст., цитоз - 200/3, лимфоциты -130, нейтрофилы-70, белок - 1.9 мг%, после стояния около двух часов на холоде образовалась тонкая пленка на поверхности жидкости и по стенкам пробирки, глюкоза-0,22 г/л, хлориды - 80 ммоль/л

Вопросы:

1. Ваш первичный диагноз?
2. Какие методы обследования нужны?
3. Ваша тактика лечения?

Задача № 55.

Ситуационная задача: Больной 78 лет доставлен в клинику нервных болезней из дома. Со слов сопровождающих родственников известно, что сегодня днем внезапно ослабли правые конечности, перестал разговаривать и понимать обращенную к нему речь, была однократная рвота, сознание не терял. В анамнезе длительное время артериальная гипертензия. Артериальное давление, измеренное скорой медицинской помощью, было 200/110 мм рт. ст. При осмотре: состояние тяжелое, АД 190/100 мм рт. ст., пульс 84 в минуту, ритмичный. Уровень сознания оглушение - неглубокий сон. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева слева, симптом Кернига с обеих сторон. Глубокий правосторонний гемипарез с пlegией в руке, мышечный тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу, симптом Бабинского справа. Выявить координаторные и чувствительные нарушения невозможно из-за отсутствия должного контакта с больным. При поясничном проколе получен красный мутный ликвор, равномерно окрашенный кровью в 3-х пробирках (анализ ликвора прилагается). В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз. При проведении магниторезонансной томографии (8-ые сутки от момента заболевания, в лобной области левого полушария на T1 и T2-взвешенных снимках выявляется гетерогенный сигнал с зонами низкой и высокой интенсивности сигнала. Анализ спинномозговой жидкости(ликвора): цвет-красный, прозрачность-мутный, после центрифугирования цвет-ксантохромный, прозрачность-опалесцирующий, цитоз-эритроциты покрывают все поле зрения, белок-0.66 мг %

Вопросы:

1. Ваш первичный диагноз?
2. Ваша тактика лечения?

Задача № 56.

Ситуационная задача: Больная 64 лет доставлена скорой медицинской помощью из дома в бессознательном состоянии. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 230/120 мм рт. ст. Со слов родственников вчера вечером не отвечала на телефонные звонки, сегодня утром обнаружена лежащей на полу без сознания со следами рвотных масс. В анамнезе гипертоническая болезнь свыше 15 лет с подъемами артериального давления до 240/130 мм рт. ст., принимает гипотензивные препараты. При осмотре: состояние очень тяжелое. Кожные покровы гиперемированы, липкий пот, дыхание шумное, частое, ритмичное. Уровень сознания кома. Ригидность мышц шеи, симптом

Кернига и скуловой симптом Бехтерева с 2-х сторон. Глазные яблоки по средней линии, периодически совершают плавательные движения. Зрачки узкие, реакция на свет снижена. При поднимании быстрее падают левые конечности, тонус в них ниже чем в правых. Левое бедро распластано, левая стопа ротирована кнаружи. Во время осмотра возникают экстензорно-пронаторные движения в правых конечностях. При поясничном проколе получен красный, мутный ликвор, равномерно окрашенный во всех 3-х пробирках (анализ спинномозговой жидкости прилагается). На компьютерной томографии в правом полушарии медиальнее внутренней капсулы определяется фокус высокой плотности, распространяющийся на передний и задний рога бокового желудочка ипсилатеральной стороны. Анализ ликвора: цвет - красный, прозрачность - мутный, после центрифугирования - цвет - ксантохромный, прозрачность - опалесцирующий, цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок - 0.66 мг %

Вопросы:

1. Ваш первичный диагноз?

2. Ваша тактика лечения?

Задача № 57.

Ситуационная задача: Больной 43 лет. Последние 3 - 5 лет отмечались подъемы артериального давления до 180 - 190/100 - 110 мм рт ст. Обычные цифры артериального давления точно не известны. Гипотензивные препараты не принимал, у врача не наблюдался. Инфарктов миокарда не было. Алкоголь употребляет умеренно. Вчера выпил 300 - 400 г водки. Сегодня около 11:00 часов, разгружая машину с картошкой, упал, не смог самостоятельно подняться, несколько раз была рвота. При осмотре в неврологическом отделении: состояние тяжелое, уровень сознания - глубокое оглушение, тахипное > 30 в мин., АД 170/100 мм рт ст., пульс 98 в мин, ритмичный. Умеренная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, скуловой симптом Бехтерева больше справа. Левосторонняя гемиплегия с низким мышечным тонусом. Анизорефлексия S<D. Симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипалгезия. Тазовые функции не контролирует. КТ головного мозга (рисунок): очаг повышенной плотности в области базальных ядер правого полушария головного мозга. Сдавление ипсилатерального желудочка головного мозга.

Вопрос: Поставьте диагноз, определите тактику лечения больного.

Задача № 58.

Ситуационная задача: В клинику поступила женщина с жалобами на головную боль, которая появилась 5 дней назад. Самостоятельно пила анальгин, не помогало, из-за ухудшения самочувствия больная обратилась в клинику (правая рука и нога перестали работать и чувствовать, появились тошнота, рвота не приносящая облегчения).
Объективно: правосторонняя гемиплегия и гемианестезия, гомонимная гемианопсия, парез зрения, апрактоагнозия, асоматоагнозия и анозоагнозия, болезненность в точках Валле, афазия.
Месяц назад лечилась от тромбоза бедренной вены, на ЭКГ признаки пролапса митрального клапана.

Вопросы:

1. Ваш первичный диагноз?
2. Какие методы обследования нужны?
3. Ваша тактика лечения?

Задача № 59.

Ситуационная задача: В клинику поступил мужчина 45 лет с жалобами на сильную головную боль неясной локализации. Со слов больного боль возникла внезапно (сравнивает с ножевым ударом), припадки, рвоту, тошноту, Жалобы появились 1 день назад, тогда же потерял сознание. Сам связывает с сильным стрессом (поссорился с женой). Объективно: АД 200/100. Температура 37.5. Больной заторможен, параличей не наблюдается, абулия, абазия, около глаз видны холестериновые бляшки. Кровоизлияние в правый глаз, болезненность в точках вале, болезненность в краниальных точках, симптом хоботка положителен, пассивные и активные движения в полной мере, гемипарестезии с левой стороны. Язык в положении декстра.

Вопросы:

1. Ваш первичный диагноз?
2. Какие методы обследования нужны?
3. Ваша тактика лечения?

Задача № 60.

Ситуационная задача: В центр скорой помощи привезли больного без сознания. Его дочь рассказывает что больной работал на огороде и вдруг с закричал и потерял сознание. Раньше не предъявлял никаких жалоб. Объективно: больной без сознания, лицо красное, на одежде рвотные массы, дыхание хриплое, зрачок слева расширен с участками кровоизлияния. АД 220/110. На ЭКГ: признаки недостаточности аортального клапана. Справа симптом Бабинского положителен. Мышцы ригидны. Повышенный тонус. Дыхание хриплое. Хватательный рефлекс справа.

Вопросы:

- 1 Ваш первичный диагноз?
- 2.Какие методы обследования нужны?
3. Ваша тактика лечения?

Задача № 61.

Ситуационная задача: Больной 63 лет доставлен скорой медицинской помощью из дома. Со слов родственников известно, что заболел остро сегодня днем, когда внезапно упал, отмечалась кратковременная потеря сознания, одновременно с этим выявлена слабость в левых конечностях. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью - 160/90 мм рт. ст. В анамнезе в течение 10 лет артериальная гипертензия с повышением цифр артериального давления до 180/100 мм рт. ст., постоянная форма мерцательной аритмии (давность не известна). При осмотре: состояние тяжелое, на осмотр реагирует, вступает в речевой контакт, однако быстро истощается. Ориентирован в пространстве и времени. Менингеальных симптомов нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, левосторонняя гемиплегия с низким мышечным тонусом и рефлексамии, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипестезия. На 5-е сутки пребывания в стационаре на фоне подъема артериального давления до 170/100 мм рт ст, состояние больного ухудшилось: narosли расстройства сознания до уровня сопора, появился менингеальный синдром в виде ригидности мышц шеи и скулового симптома Бехтерева справа. Появления новых очаговых симптомов не отмечено. При поясничном проколе, проведенном в день поступления, ликвор бесцветный, прозрачный (анализ ликвора 1). При повторном исследовании цереброспинальной жидкости, проведенном

после ухудшения в состоянии больного, отмечается наличие примеси крови во всех 3-х пробирках (анализ ликвора 2). После центрифугирования надсадочная жидкость ксантохромная. На компьютерной томограмме, выполненной через 24 часа после ухудшения больного, на фоне обширной зоны низкой плотности в правой лобно-теменно-височной долях выявляются очаги высокой плотности.

Анализ ликвора 1: цвет - бесцветный, прозрачность - прозрачный, ксантохромии - нет, цитоз - 5 лимфоцитов, белок - 0.33 мг%.

Анализ ликвора 2: цвет - красный, ксантохромный, прозрачность - мутный, слегка опалесцирует, цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок - 0.66 мг%.

Вопросы:

Поставьте диагноз, определите тактику ведения больного.

Задача № 62.

Ситуационная задача: Больной 54 лет доставлен скорой медицинской помощью из дома с жалобами на двоение, онемение правой половины лица, неуверенность в правых и слабость в левых конечностях. Вышеуказанные жалобы развились сегодня на протяжении нескольких часов. Девять месяцев тому назад больной перенес ишемический инсульт в правом полушарии в области зрительного бугра с почти полным регрессом неврологических расстройств (сохранились незначительные нарушения поверхностной чувствительности по гемитипу слева). В анамнезе артериальная гипертензия в течение 10 лет с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт.ст. (адаптирован к 140-150/80 мм рт.ст.), сахарный диабет 2 типа выявленный 5 лет назад. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Общемозговой и менингеальной симптоматики не выявляется. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, нарушение поверхностной чувствительности на лице справа по внутренней «скобке Зельдера», легкое расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, анизокория: правый зрачок шире левого, прямая реакция на свет правого зрачка снижена, сглаженность морщин на правой половине лба, лагофтальм справа. Снижение мышечной силы в левых конечностях до 3-х баллов в руке и 2-х баллов в ноге, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб правыми конечностями, незначительное отклонение вправо в пробе Ромберга. В течение последующих дней состояние больного ухудшалось; выросли очаговые симптомы до левосторонней гемиплегии, появились нарушения глотания и расстройства сознания (глубокий сонор -

кома). На магнитнорезонансной томографии выявляется зона сигнала повышенной интенсивности в области правой ножки мозга с переходом на варолиев мост.

Вопросы: Поставьте диагноз, определите тактику ведения больного.

Задача № 63.

Ситуационная задача: Больная 74 лет. Поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. Была найдена родственниками на полу со следами рвоты. В анамнезе гипертоническая болезнь. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен из-за афазии. Держится левой рукой за голову, гиперестезия на внешние раздражители. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Бехтерева. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Легкий правосторонний гемипарез » 3.0 - 3.5 балла. Мышечный тонус в правых конечностях снижен. Глубокие рефлексы D<S, симптом Бабинского справа. После люмбального прокола получена ксантохромная церебро-спинальная жидкость, цитоз 9/3, белок 0.66 мг % (анализ ликвора прилагается). КТ головного мозга: в глубинных отделах левого полушария головного мозга определяется участок неравномерно повышенной плотности, размерами 33- 30-25 мм, окруженный ободком пониженной плотности. Передний рог и тело левого бокового желудочка поджаты, примыкающие к отмеченной структуре борозды лобной и височной долей сглажены. Под мозжечковым наметом (парасагитально слева) отмечено образование ликворной плотности до 35 мм в диаметре. Анализ ликвора: цвет - ксантохромный (до и после центрифугирования), прозрачный, цитоз 2 нейтрофила, 7 лимфоцитов (9/3), белок 0.66 мг%.

Вопрос: Поставьте диагноз, определите тактику ведения больного.

Задача № 64.

Ситуационная задача: Больной 14 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на слабость в правой руке и левой ноге, которые появились 2 дня назад. Из анамнеза известно, что за неделю до госпитализации отмечались желудочно-кишечные расстройства и незначительный подъем температуры. Накануне развития мышечной слабости отмечались боли в мышцах конечностей. При осмотре: состояние средней тяжести. Общемозговой, менингеальной симптоматики нет. Со стороны черепных нервов без

патологии. Снижение силы в проксимальных отделах правой руки до 3-3.5 баллов. Рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц $D < S$. В левой ноге сила снижена в проксимальных и дистальных отделах до 2.0-2.5 и 3.5-4.0 баллов соответственно. Коленные и ахилловы рефлексы $S < D$. Расстройств чувствительности нет. При исследовании цереброспинальной жидкости на 3-ий день после развития мышечной слабости, определяется синдром клеточно-белковой диссоциации с лимфоцитарным плеоцитозом. Анализ ликвора: цвет - бесцветный, прозрачность - прозрачный, цитоз - 60 лимфоцитов, белок - 0.33 мг %. давление 190 мм водного столба.

Вопрос: Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача № 65.

Ситуационная задача: Больной 30 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на постоянные судороги в правой руке, которые периодически усиливаются и больной теряет сознание, прикусывает язык, упускает мочу. В анамнезе перенесенная инфекция после пребывания в тайге с повышением температуры, развитием вялых парезов мышц рук и верхних конечностей. При осмотре: состояние удовлетворительное, общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Со стороны черепных нервов симптомы периферического пареза IX, X, XI и XII пар черепных нервов (бульбарный синдром). Снижение силы в верхних конечностях до 3-3,5 баллов, выраженные атрофии в них. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук низкие, равномерные. Сила в нижних конечностях достаточная, анизорефлексия коленных и подошвенных рефлексов $D > S$. Патологические стопные рефлексы сгибательной и разгибательной групп с обеих нижних конечностей. Во время осмотра отмечается постоянный миоклонический гиперкинез в правой руке. На ЭЭГ регистрируется эпилептическая активность с очагом в левых лобных отведениях.

Вопросы:

Какое заболевание отмечалось после пребывания в тайге?

Как называется хроническая стадия данного заболевания?

Какова профилактика данного заболевания и его лечение?

Задача № 66.

Ситуационная задача: Больной 34 лет, гражданин Вьетнама. За 2 недели до поступления больного беспокоили катаральные явления в виде кашля, болей в горле, умеренная головная боль диффузная и по типу гемикрании больше слева. Принимал перорально ампициллин. Накануне поступления утром на фоне головной боли появилась слабость в правой руке, заметил, что изменился подчerk. На следующий день слабость в руке выросла, присоединилась слабость в правой ноге, вечером того же дня присоединились нарушения речи (не говорил, но понимал окружающих). Госпитализирован “скорой помощью” с направительным диагнозом ОНМК. При осмотре состояние тяжелое, больной в сознании, но вял, сонлив. Контакт с больным затруднен из-за нарушения речи т. к. языкового барьера нет. Общая гиперестезия. Легкая ригидность затылочных мышц. Скуловой симптом Бехтерева с двух сторон, больше слева. Болевая гримаса при перкуссии по скуловой дуге и виску слева. Со стороны ЧМН выявляется полуптоз, больше слева, легкое расходящееся косоглазие по вертикали (OD ↓, OS - симптом Гертвига-Мажанди), неведение глазных яблок в стороны. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Правосторонний гемипарез с тенденцией повышения мышечного тонуса по спастическому типу. Мышечная сила в правых конечностях до 2,5 Б в руке и 3 Б в ноге. Анизорефлексия D>S. Симптом Бабинского справа. Клонусы стоп D>S. Рефлексы орального автоматизма. Сопровождающие больного родственники и друзья сообщают что родную речь больной понимает полностью. Собственная речевая продукция отсутствует. Произведенная МР-томография в T2-режиме выявляет группу множественных мелких, округлых очагов повышенного МР-сигнала с признаками перифокального отека и компрессионного воздействия на желудочковую систему локализующихся в белом веществе лучистого венца, больше слева. Анализ ликвора: Прозрачность неполная. Цитоз 35/3. Клеточный состав: лимфоциты 20, нейтрофилы 15, белок 0,33%. Реакция Панди+.

Вопрос:

Ваш диагноз. Какие дополнительные методы обследования следует провести больному для уточнения диагноза? Назначьте лечение.

Задача № 67.

Ситуационная задача: Больной 31 года поступил в клинику нервных болезней с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по задне-наружной

поверхности левого бедра и голени ограничение движений. Вышеуказанные жалобы появились после поднятия тяжестей. При осмотре: состояние удовлетворительное, высокого роста, астенического телосложения, ограничены наклоны туловища вперед, в меньшей степени назад. В неврологическом статусе положительные симптомы натяжения (Нери, Дежерина, Ласега) с двух сторон, больше слева, напряжение длинных мышц спины, сколиоз в пояснично-крестцовом отделе позвоночника дугой вправо, снижение левого ахиллова рефлекса, слабость разгибателя большого пальца левой стопы. На магнитно-резонансной томографии пояснично-крестцового отдела позвоночника между телами L5 и S1 позвонков определяется образование, выступающее в спинномозговой канал.

Вопросы: Ваш диагноз. Назначьте лечение.

Задача № 68.

Ситуационная задача: Больной 68 лет доставлен из дома скорой медицинской помощью с жалобами на неловкость и онемение в левых конечностях. Заболел остро сегодня утром, когда появились вышеуказанные жалобы. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 170/90 мм рт. ст. Длительное время страдает артериальной гипертензией с подъемами артериального давления до 180/100 мм рт. ст., принимает гипотензивные препараты. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, три года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный постоянной формой мерцательной аритмии. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, контактен, ориентирован в месте и времени. Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нерва слева. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов. Симптом Бабинского слева. Нарушение всех видов чувствительности по гемитипу слева. При поясничном проколе: ликвор бесцветный прозрачный, давление 160 мм водного столба. При магнитнорезонансной томографии на 4-ые сутки после заболевания в правой теменно-височной области определяется зона с сигналом повышенной и пониженной интенсивности сигнала на T2 и T1-взвешенных изображениях соответственно. Анализ ликвора: цвет - бесцветный, прозрачность - прозрачный, ксантохромии - нет, цитоз 3 лимфоцитов, белок - 0.33 мг %, давление 160 мм водного столба.

Вопросы: Ваш диагноз. Назначьте лечение.

Задача № 69.

Ситуационная задача: В отделение травматологии был вызван невропатолог для консультации. Больной 25 лет 3 часа назад по линии скорой помощи был доставлен с переломом правой бедренной кости на уровне средней трети. При поступлении больному было проведена адекватная противошоковая терапия. Со слов мед. персонала больной стал загружаться, речь стала невнятной, постепенно стала развиваться слабость в левых конечностях. Объективно: Общее состояние тяжелое, сознание нарушено по типу стопора, гемодинамика стабильная, АД 110\70 пульс 80 хорошего наполнения. В невр.статусе: Зрачки равновеликие D=S, фотореакция вызывается, симптом Данциг-Кунакова положительный с 2-х сторон D>S, центральный парез VII и XII пар слева, активные движения ограничены в левых конечностях из-за парезов, сухожильные рефлекссы вызываются D>S, тонус мышц понижен в левых конечностях, чувствительных нарушений не выявлено, патологические стопные знаки – с-м Бабинского положительный слева, менингеальных знаков не выявлено.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Что на ваш взгляд явилось причиной этого состояния?

Задача № 70.

Ситуационная задача: Больной 17 лет поступил в клинику с жалобами на двоение, усиливающееся при взгляде вправо, шаткость при ходьбе. Болен в течение 6 месяцев, когда без видимой причины у него развилась слепота на левый глаз, но вскоре зрение полностью восстановилось. После очередного ОРВИ, протекавшего с высокой температурой, появилось двоение предметов, а затем присоединилась шаткость при ходьбе. При обследовании – соматический статус без патологии. В невростатусе – ограничение подвижности правого глазного яблока, горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, сглаженность левой носогубной складки. Парезов нет. Сухожильные и периостальные рефлекссы выше слева. Брюшные рефлекссы слева не вызываются. Аналоги рефлекссы Россолимо с обеих кистей, симптом Россолимо и Чураева со стоп, более четкие слева. Непостоянный интенционный тремор слева при пальценосовой пробе. Чувствительность не нарушена. Заключение офтальмолога: глазное дно справа без патологии, слева диск зрительного нерва бледно-розовый, височная половина его бледнее височной половины правого диска. Компьютерная томография без контраста выявила зоны пониженной

плотности, округлой формы, с четкими контурами в проекции белого вещества нижней лобной извилины и в средних отделах заднего бедра внутренней капсулы слева с распространением на лентикулярное ядро. Желудочковая система и субарахноидальное пространство без особенностей. После введения контраста дополнительно выявлены еще две зоны накопления контраста в проекции белого вещества центральной извилины и нижней лобной извилины справа.

Вопрос: Определите диагноз, тактику лечения.

Задача № 71.

Ситуационная задача: В клинику поступил больной 19ти лет с жалобами на приступы потери сознания, повторяющиеся 3-5 раз в месяц, сопровождающиеся клонико-тоническими судорогами, выделением розовой пены изо рта, прикусыванием языка, иногда непроизвольным мочеиспусканием. Длительность приступа составляет не более 2х минут. После приступа отмечается сонливость, резкая слабость и боли в мышцах. Перед приступом в течение нескольких секунд больной отмечает ощущение дурноты, сопровождающееся «мельканьем мушек перед глазами» и пронзительным звоном в ушах. В анамнезе: болен в течение 2х лет, дебют заболевания ни с чем не связан, наследственность не отягощена. Фоновая ЭЭГ в пределах нормы, при нарастающей частоте от 6 Гц до 25 Гц световой ритмической стимуляции наблюдается увеличение амплитуды ответов на частоте около 20 Гц с развитием генерализованных разрядов острых волн и комплексов пик-волна.

Вопрос: Определите диагноз, тактику лечения.

Задача № 72.

Ситуационная задача: Больной доставлен в приемное отделение по скорой помощи. При осмотре: больной без сознания, отмечается шумное хрипящее неровное дыхание, зубы стиснуты, голова запрокинута назад, выделяется розовая пена изо рта, цианоз носогубного треугольника. В руках и ногах клонико-тонические судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Больной был подобран на улице, на локтях больного свежие ссадины. По дороге в больницу в течение 20 минут один за другим повторялись приступы судорог, между которыми больной не приходил в сознание.

Вопрос: Определите диагноз, тактику лечения.

Задача № 73.

Ситуационная задача: 56 лет, геолог. В течение 2-х 3-х лет прогрессивно нарастают замедленность движения, апатия, спонтанность, нарушения походки, затруднения тонких целенаправленных движений в руках, снижение памяти, внимания, умственной работоспособности. При осмотре впервые за последние несколько лет было измерено АД и обнаружено его значительное повышение 200/100 мм. рт. ст. На КТ в глубоких отделах (базальные ядра) были выявлены множественные очаги пониженной плотности. Невр. статус: Зрачки D=S. Ng нет. Снижение аккомодации, слабость конвергенции. Выраженная гипомимия, дизартрия, дисфония. Тонус в мускулатуре повышен по пластическому типу. Тонкие целенаправленные движения пальцев рук затруднены. Сухожильные рефлексы оживлены. Походка замедлена, пропульсии, ретропульсии нет. Психическая сфера: умеренные нарушения памяти, снижение внимания, умственной работоспособности. На фоне приема капотена АД было стабилизировано на уровне 140/90 мм. рт. ст. Ранее назначенные наком (до 800 мг в сутки) и парлодерл (до 10 мг в сутки) оказались неэффективными. В клинике получал аспирин, коринфар, церебролизин, трентал, мидонтан, прозак. На фоне лечения больной стал более активным, отмечены некоторые уменьшения ригидности, улучшение походки.

Вопросы:

Поставьте больному диагноз.

Какой синдром развился на фоне основной болезни?

Рационально ли вышеуказанное лечение?

Какова ваша тактика и дальнейшее ведение больного.

Задача № 74.

Ситуационная задача: В реанимационное отделение поступил больной N 56 лет. При поступлении больной был в бессознательном состоянии. Лицо больного багрово-красного цвета. Тоны сердца резко приглушены, ритмичные. Пульс 80 ударов в 1 минуту, напряженный, медленный. Дыхание глубокое, храпящее. Температура градусов. Артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Вся мускулатура больного расслаблена. Рот полуоткрыт. Губы вытягиваются в трубочку при выдохе. Голова и глаза повернуты влево. Конечности неподвижны, они вяло падают как плети. Сухожильные и кожные рефлексы

отсутствуют. Зрачковые и корнеальные рефлексы не вызываются, Чувствительность полностью отсутствует, больной на уколы не отвечает. Отмечается не удержание мочи и задержка стула. Врач реанимационного отделения выставил диагноз больному: ОНМК по ишемическому типу. Больному было назначено:

1. интубация трахеи.
2. Sol. Strophantini К 0.05% - 0.5 мл на 0.5% глюкозе.
3. Sol. Mesqtoni 1% - 1.0 мл в/в стр медленно
4. Sol. Trisamini 3.6% - 400.0 мл в/в кап со скоростью 1 мл/мин
5. Sol. Furosimidi 2% - 2.0 мл в/м
6. Sol. Manitoli 37.5г на 200 мл физ р-ра
7. Sol. Heparini 10 000 ЕД на 10 мл физ р-ра в/в 3-5 дней
8. Sol. Curantili 0.5% - 2.0 мл. В/в медленно
9. Sol. Seduxeni 0.5% - 2.0 мл. В/в 2 раза в сутки

Вопросы:

1. Правильно ли врач выставил диагноз больному?
2. Оцените правильность тактики ведения больного у врача реанимационного отделения?
3. Какие дополнительные методы обследования вы бы назначили?

Задача № 75.

Ситуационная задача: В клинику поступил больной 69 лет с жалобами на внезапную потерю зрения на правый глаз, сильную головную боль и слабость в левых конечностях. Объективно: Состояние больного средней тяжести, сознание нарушено по типу сопора, на вопросы отвечает нечетко, заторможено. Аускультативно: тоны сердца аритмичные акцент 2 тона на аорте, ЧСС – 110, пульс – 90 аритмичен, АД 180\110. На ЭКГ – признаки мерцательной аритмии. В невр. статусе: Зрачки D=S, фотореакция вызывается, центральный парез VII и XII пар ЧМН слева, симптом Данциг-Кунакова положительный с 2-х сторон, положительны симптомы орального автоматизма, проба Барре положительна

слева, сухожильные рефлексy вызываются D>S, чувствительность без нарушений, симптомы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо положительны слева, менингеальных знаков нет.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Какой синдром имеет место?

Что на ваш взгляд явилось причиной этого состояния?

Задача № 76.

Ситуационная задача: У больного парез мышц перониальной группы, «висячая стопа», снижение чувствительности по наружной поверхности стопы и голени, невозможность поднятия стопы. В невр.статусе: ЧМН без особенностей. Сухожильные рефлексy D=S. Позвоночник болезненный, гипестезия по наружной поверхности голени, слабость тыльного сгибания и наружной ротации стопы. Поколачивание в области малоберцовой кости провоцирует боль в голени.

Вопрос:

О поражении какого нерва идет речь?

Задача № 77.

Ситуационная задача: 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 рефлексy 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

Вопросы:

1. Ваш первичный диагноз?
2. Ваша тактика лечения?

Задача № 78.

Ситуационная задача: Больной 17 лет. Родился в асфиксии. В семь лет перенес черепно-мозговую травму. В 12 лет ночью развилась серия приступов с кратковременным выключением сознания, судорожным сокращением мышц лица слева, клоническими сокращениями мышц левой руки. Подобные приступы стали повторяться, обычно после сна. При поступлении: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст, пульс 80 уд. в мин. Неврологический статус: интеллект снижен, больной эйфоричен, расторможен, выявляются нистагмод при взгляде в стороны, легкая асимметрия лица, сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических стопных знаков нет, легкий тремор пальцев рук и век, в позе Ромберга больной пошатывается в стороны. При нейропсихологическом обследовании выявлены снижение концентрации внимания, трудность переключения при выполнении заданий, пересказе текстов, решении математических задач. На рентгенографии черепа отмечаются умеренно выраженные признаки ликворной гипертензии. На ЭЭГ: грубый фокус пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях в виде комплексов спайк-волн-медленная волна. При гипервентиляции отмечается тенденция к генерализации спайк-волновой активности с сохранением выраженности фокуса пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях.

Вопросы:

1. Ваш первичный диагноз?
2. Какие методы обследования нужны?
3. Ваша тактика лечения?

Задача № 79.

Ситуационная задача: Больной 38 лет; доставлен в отделение реанимации городской больницы в состоянии сумеречного сознания. Со слов очевидцев около часа назад на улице

потерял сознание и наблюдались тонические судороги всего тела. Больной не контактен, отмечаются отдельные миоклонические подергивания и непроизвольное сокращение мышц лица на фоне мышечной гипотонии. В анамнезе - психотравмирующая ситуация в ближайшем прошлом. При неврологическом обследовании отмечается снижение сухожильных рефлексов. Общемозговых, менингеальных симптомов, другой очаговой симптоматики не выявляется. На ЭЭГ упорядоченный, высоко амплитудный ритм с частотой 4-6 колебаний в сек, амплитудой до 200 мкВ, который затем приобрел характер ритма пик-волна и полипик-волна частотой 2,5-1,5 в секунду с дальнейшей депрессией биопотенциалов головного мозга. На МРТ очаговых изменений в ткани головного мозга не выявлено.

Вопросы:

Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику, назначьте лечение

Задача № 80.

Ситуационная задача: Больной 45 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на упорные головные боли, слабость в левых конечностях. Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят в течение 7-8 лет. Последние 2-2,5 года стал отмечать нарастающие онемение и неловкость в левой руке и ноге, снижение зрения на правый глаз. За этот период отмечались три приступа клонических судорог в этих же конечностях. При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Беспокоит головная боль. Менингеальных симптомов нет. Очаговые неврологические симптомы представлены резким снижением остроты зрения на правый глаз, вовлечением лицевого и подъязычного нервов по центральному типу слева, левосторонним гемипарезом со снижением силы в руке и ноге до 2-2,5 баллов, снижением поверхностной и глубокой чувствительности по гемитипу слева. На глазном дне справа первичная атрофия диска зрительного нерва. На магнитнорезонансной томографии в правом полушарии головного мозга определяется округлой формы образование размерами 8x10x6 см с гомогенной структурой и капсулой, прилегающей к оболочкам головного мозга. После введения контрастного вещества отмечается его интенсивное и равномерное накопление в этом образовании.

Вопросы:

Поставьте диагноз, определите тактику ведения больного.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача 1	<p>1) Синдром поражения правой внутренней капсулы.</p> <p>2) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно кардиоэмболический).</p> <p>3) Персонал поликлиники должен вызвать скорую помощь и госпитализировать пациентку как можно быстрее, желательно в ближайший сосудистый центр.</p> <p>4) КТ головного мозга (сразу при поступлении) и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)</p> <p>5) В остром периоде:</p> <p>а) базисная недифференцированная терапия инсульта</p> <p>При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:</p> <p>б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).</p> <p>в) тромболитическая терапия (при отсутствии противопоказаний)</p> <p>г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)</p> <p>В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:</p> <p>д) эндоваскулярная хирургия (стентирование, эндартерэктомия)</p> <p>Ранняя реабилитация.</p>
Задача 2	<p>1) Поражение правого полушария головного мозга.</p> <p>2) Геморрагический инсульт по типу parenхиматозного кровоизлияния.</p> <p>3) КТ, МРТ ангиография, ЛП.</p> <p>4) Тактика лечения:</p> <p>А) стабилизация АД (не ниже 180/90 мм.рт.ст.)</p> <p>Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)</p> <p>В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)</p> <p>Г) хирургическое лечение (по показаниям).</p> <p>Д) базисная недифференцированная терапия инсульта</p> <p>5) осложнения: отек и дислокация мозга, пневмония, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии</p>
Задача 3	<p>1) Оболочки головного мозга</p>

	<p>2) Менингококковый менингит</p> <p>3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЩР</p> <p>4) Пенициллины (ампициллин 0,1-0,2 г/кг х 6р), цефалоспорины III (цифтриаксон 20 – 80 мг/кг х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.</p> <p>5) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия)</p>
Задача 4	<p>1) Оболочки головного мозга</p> <p>2) Менингококковый менингит</p> <p>3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЩР</p> <p>4) 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.</p> <p>5) Носитель или больной назофарингитом.</p> <p>6) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия).</p>
Задача 5	<p>1. Базальные ядра, полушария большого мозга и мозжечка.</p> <p>2. Гепатолентикулярная дегенерация, дрожательно-ригидная форма.</p> <p>3. Осмотр офтальмолога со щелевой лампой, уровень церулоплазмينا в крови, уровень меди в суточной моче, МРТ головного мозга.</p> <p>4. Строгое соблюдение «печеночной» диеты (стол №5а), предполагающей исключение богатых медью продуктов (шоколада, кофе, орехов, бобовых и т.д.). Прием Пеницилламина пожизненно в дозе 250 мг по 2 таб. 3 р/сутки</p> <p>5. При своевременной диагностике и начале терапии прогноз благоприятный.</p>
Задача 6	<p>Миастенический синдром, парез диафрагмы. Миастения. Тимомы, энцефалит Фишера, аутоимунный тиреоидит Прозериновая проба. МСКТ органов средостения. Электромиография. Исследование гормонов щитовидной железы и а/ь к ткани щитовидной железы. Консультация эндокринолога. АнтиХолинЭстеразныепрепараты: прозерин 1,0 мл п/к; в/м *2 в сутки в теении 5-6 дней; калимин.</p>
Задача 7	<p>1. Подозрение на отравления нервно-паралитическим газом.</p>

	<p>2. Консультация токсиколога, забор крови мочи на токсикологическое исследование.</p> <p>3. Неотложная помощь. Введение препарата Аатропина 0,25 мг (не более 3 мг в день) в/в, п/к, в/м. Срочная госпитализация пациента в токсикологический центр. Изоляция пациента в бокс с обеспечением герметической упаковки его одежды и его обуви. Поверхность тела обработать водой. Персонал должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты.</p>
Задача 8	<p>1. Боррелиоз Лайма.</p> <p>2. А\б терапия, дезинтоксикация, витамины, анальгетики, НПВС.</p>
Задача 9	<p>1. Мигрень с аурой.</p> <p>2. Госпитализация не требуется.</p> <p>3. ТИА, головная боль напряжения.</p> <p>4. Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан)или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).</p>
Задача 10	<p>1. Болезнь Альцгеймера, стадия умеренной деменции.</p> <p>2. Существующие в настоящее время стратегии терапевтического воздействия представлены следующими основными направлениями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) компенсаторная (заместительная) терапия, направленная на преодоление нейротрансмиттерного дефицита; 2) протективная терапия — применение нейропротекторов и нейротрофических факторов; коррекция нарушений свободнорадикальных процессов, а также обмена кальция; 3) противовоспалительная терапия; 4) психофармакотерапия продуктивных психопатологических расстройств; 5) психологическая коррекция (когнитивный тренинг).
Задача 11	<p>1. Радикулопатия S1, вследствие грыжи диска L5-S1, с выраженным болевым синдромом.</p> <p>2. Диспансерное наблюдение 2 раза в год .</p>
Задача 12	<p>1. Невралгия III ветви тройничного нерва слева.</p> <p>2. Госпитализация желательна.</p> <p>3. МРТ головного мозга, придаточных пазух, МРТ ангиография.</p>

	4. При выявлении вазоневрального конфликта можно предложить хирургическое лечение; прием антиконвульсантов (габапентин, прегабалин, карбамазепин).
Задача 13	1. Дисциркуляторная энцефалопатия 1ст, обусловленная атеросклеротическими изменениями в ГМ. 2. Лечение - ноотропы, вазоактивные препараты, тромбо-АС, коррекция АД, диета.
Задача 14	1. Клещевой энцефалит, лихорадочная форма. 2. Противовирусная терапия, дезинтоксикация, НПВП, анальгетики, диуретики.
Задача 15	1. Алкогольная полиневропатия . 2. Отказ от употребления алкоголя, назначение витаминов группы В (цианокобаламин, тиамин, пиридоксин), антиоксиданты (тиоктовая кислота), амитриптилин, карбамазепин, цитофлавин.
Задача 16	1. Клещевой боррелиоз. 2. пенициллин, доксициклин, цефтриаксон, сумамед
Задача 17	1. Вирусный менингит. 2. Противовирусные препараты, дегидротация, детоксикация, анальгетики, диуретики. 3. Прогноз благоприятный.
Задача 18	1. Поражение нервной системы вследствие свинцовой интоксикации . 2. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров. В медицинских осмотрах на предприятии наряду с цеховым терапевтом должны принимать участие невропатолог и лаборант. Необходимо исследовать кровь на содержание гемоглобина, ретикулоцитов, базофильных эритроцитов, количества лейкоцитов и скорость оседания эритроцитов, а также мочу на содержание свинца и порфиринов. Не менее двух раз в год следует давать рабочим витамин С. Применяют лечебно-профилактическое питание, направленное на выведение свинца из организма. Это можно достигнуть, добавляя в рацион пектины, содержащиеся в плодах, ягодах, корнеплодах, способствующие выведению тяжелых металлов из организма. Большую роль на данном производстве играет общая гигиена: санация полости рта, мытье рук раствором слабой уксусной кислоты, использование специальной рабочей одежды, индивидуальных средств защиты органов дыхания (респиратор ШБ-1). На

	рабочем месте и в цехе запрещено принимать пищу. Медицинские работники должны осуществлять санитарно-просветительные мероприятия (лекции, беседы).
Задача 19	1. Сосудистая деменция. 2. Клинический анализ крови, БХ, коагулограмма, ЭКГ, КТ, МРТ. 3. Регулирование АД, анти-ХЭ препараты, дегидрационная терапия, вазоактивные препараты, нейропротекторы.
Задача 20	1. Мигрень без ауры. Мигренозный статус. 2. Требуется. 3. САК, опухоль головного мозга, менингит. 4. МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ. 5. Ввести препараты из группы спорыньи (дигидроэрготамин в/в), противорвотные (церукал), кортикостероиды (дексаметазон), транквилизаторы (седуксен), солевые растворы мочегонные (лазикс) по результатам исследования электролитного баланса.
Задача 21	1. Болезнь Альцгеймера 2. Ноотропы (пирацетам, ноотропил); Ингибиторы холинэстеразы (такрин, донепезил, физостигмин, галантамин); Мегавитаминная терапия (витамины гр. В, Е в мегадозах); Сосудистые препараты (ангиовазин, кавинтон); 3. Прогноз неблагоприятен.
Задача 22	1. Хроническая головная боль напряжения. Абузусная головная боль. 2. Мигрень, опухоль головного мозга, синдром вегетативной дисфункции. 3. Отменить прием анальгетиков. Препараты выбора - антидепрессанты или миорелаксанты. Возможно лечение у психотерапевта, нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, постизометрическая релаксация.
Задача 23	1. Герпетический менингит. 2. Ацикловир, фанвир, валтрекс
Задача 24	1. Учитывая наличие у больной взаимосвязанных симптомокомплексов – общемозгового (головная боль, рвота, психомоторное возбуждение), общеинфекционного (гипертермия, озноб, тахикардия, сыпь, признаки воспаления в общем анализе крови) и менингеального - можно заподозрить менингококковую инфекцию. Контакт с больным или носителем мог произойти во время поездки и другой город, определенное значение в генерализации инфекции могли сыграть резкое изменение климатических условий, стресс и переохлаждение. 2. Люмбальная пункция: спинномозговая жидкость мутная, зеленоватая. повышение ликворного давления (до 800 мм вод.ст.) нейтрофильный плеоцитоз (более 1000 клеток/ 1мкл), умеренное увеличение содержания белка (0,6-1,2г/л), снижение концентрации глюкозы. Бактериологическое исследование: выделение и идентификация возбудителя -менингококка Ваксельбаума (посевы со слизистой носа и глотки, выделение из спинномозговой жидкости, крови). 3. Госпитальный этап включает: 1) Проведение антибактериальной терапии путем введения бензилпенициллина натриевой соли в дозе 300 000 ЕД/кг в сутки внутривенно. Введение пенициллина производят с интервалом 4 часа. Длительность курса составляет 7-10 дней. Отмену пенициллина производят при санации ликвора. Может быть назначен цефазолин (из расчета 100 мг/кг сутки внутривенно в четыре приема) или левомецетин-сукцинат натрия (из

	<p>расчета 100 мг/кг в сутки внутримышечно или внутривенно с интервалом в 6 часов). Условием отмены антибиотика являются стерильность СМЖ, цитоз менее 100 клеток (не менее чем на 75% состоящий из лимфоцитов). Если на фоне антибактериально;! терапии лихорадка сохраняется более 2—5 дней или возникла вновь, то следует подумать о возможности осложнений, неадекватности терапии, флебите, метастатической инфекции (септическом артрите, перикардите, эндокардите) или токсическом действии препарата. В отсутствие эффекта повторное исследование СМЖ следует произвести через 24—48 ч. 2) Важное значение имеют профилактика и коррекция внутричерепной гипертензии. Введение осмотических диуретиков: маннитола (0,25—1 г/кг в/в капельно в течение 10—20 мин, затем в той же дозе каждые 6 ч) или глицерола (0,5—1,0 г/кг внутрь, в том числе через назогастральный зонд, в смеси с фруктовым соком или 250 мл 10% р-ра в/в в течение 1—2 ч, затем повторно каждые 6 ч на протяжении 24—48 ч. Петлевые диуретики — фуросемид (лазикс), 20—40 мг в/в или в/м 3 раза в день назначают отдельно либо в комбинации с осмотическими диуретиками или альбумином. При быстром ухудшении состояния, особенно при появлении признаков вклинения, показаны срочная интубация и ИВЛ, прибегают к применению барбитуратов (барбитуратовой коме) и церебральной гипотермии, а при острой гидроцефалии — к пункции желудочков. 3) Кортикостероиды применяют для уменьшения отека и предупреждения воспалительных осложнений. Дексаметазон вводят по 4 мг и/в или в/м 4 раза в сутки (0,6 мг/кг/сут) в течение 4 дней. 4) Поддерживают водно-электролитный баланс. Следует измерять объем введенной и выделенной жидкости, в тяжелых случаях ежедневно определяют содержание натрия в крови и осмолярность сыворотки. Следует избегать как дегидратации, своевременно и полностью возмещающая дефицит жидкости, так и гипергидратации, поддерживая нормоволемию. При гипонатриемии следует ограничить объем вводимой жидкости на 25% (до 1000—1200 мл), а по мере увеличения уровня натрия постепенно увеличивать объем до 1500—1700 мл/сут. Предпочтительнее вводить изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера или двойной раствор (0,45% раствор хлорида натрия с 5% раствором глюкозы) с добавлением кали*; (40 мэкв/л). Нужно избегать инфузионных растворов, содержащих много свободной воды (например, 5% раствора глюкозы), которые усугубляют отек мозга. 5) Ввиду нарушения ауторегуляции мозгового кровотока нужно особенно тщательно следить за стабильностью АД. При гиповолемии необходимо восполнение ОЦК кристаллоидными и коллоидными растворами, при артериальной гипотензии — назначение вазопрессоров (мезатона, допамина) и кортикостероидов. б). Важно своевременно распознавать и лечить системные расстройства: шок, ДВС-синдром, инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца, пневмонию и т.д. 8. При возбуждении и судорогах больным назначают седуксен (0,5% раствор 2 мл внутримышечно, внутривенно).</p>
Задача 25	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мигрень без ауры. 2. МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ. 3. Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан)или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).
Задача 26	<ol style="list-style-type: none"> 1. Миастенический синдром, парез диафрагмы. 2. Миастения.

	<p>3.Тимома, энцефалит Фишера, аутоимунный тиреоидит</p> <p>4. Прозерина проба. МСКТ органов средостения. Электромиография. Исследование гормонов щитовидной железы и а/ь к ткани щитовидной железы. Консультация эндокринолога.</p> <p>5. АнтиХолинЭстеразные препараты: прозерин 1,0 мл п/к; в/м *2 в сутки в течении 5-6 дней; калимин.</p>
Задача 27	<p>1. Подозрение на отравления нервно-паралитическим газом.</p> <p>2. Консультация токсиколога, забор крови мочи на токсикологическое исследование.</p> <p>3. Неотложная помощь. Введение препарата Аатропина 0,25 мг (не более 3 мл в день) в/в, п/к, в/м. Срочная госпитализация пациента в токсикологический центр. Изоляция пациента в бокс с обеспечением герметической упаковки его одежды и его обуви. Поверхность тела обработать водой. Персонал должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты.</p>
Задача 28	<p>1) Синдром поражения правой внутренней капсулы.</p> <p>2) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно кардиоэмболический).</p> <p>3) Персонал поликлиники должен вызвать скорую помощь и госпитализировать пациентку как можно быстрее, желательно в ближайший сосудистый центр.</p> <p>4) КТ головного мозга (сразу при поступлении) и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)</p> <p>5) В остром периоде:</p> <p>а) базисная недифференцированная терапия инсульта</p> <p>При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:</p> <p>б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).</p> <p>в) тромболизис (при отсутствии противопоказаний)</p> <p>г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)</p> <p>В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:</p> <p>д) эндоваскулярная хирургия (стентирование, эндартерэктомия)</p> <p>Ранняя реабилитация.</p>
Задача 29	<p>1) Поражение правого полушария головного мозга.</p> <p>2) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния.</p> <p>3) КТ, МРТ ангиография, ЛП.</p> <p>4) Тактика лечения:</p> <p>А) стабилизация АД (не ниже 180/90 мм.рт.ст.)</p> <p>Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)</p> <p>В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)</p> <p>Г) хирургическое лечение (по показаниям).</p> <p>Д) базисная недифференцированная терапия инсульта</p> <p>5) осложнения: отек и дислокация мозга, пневмония, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии</p>
Задача 30	<p>1) Оболочки головного мозга</p> <p>2) Менингококковый менингит</p> <p>3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР</p> <p>4) Пенициллины (ампициллин 0,1-0,2 г/кг х 6р), цефалоспорины III (цефтриаксон 20 – 80 мг/кг х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение</p>

	<p>ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.</p> <p>5) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия)</p>
Задача 31	<p>1) Оболочки головного мозга</p> <p>2) Менингококковый менингит</p> <p>3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР</p> <p>4) Пенициллины (ампициллин 6-8 г x 6 р), цефалоспорины III (цифтриаксон 1-4 г x 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.</p> <p>5) Носитель или больной назофарингитом.</p> <p>6) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия).</p>
Задача 32	<p>1. Базальные ядра, полушария большого мозга и мозжечка.</p> <p>2. Гепатолентикулярная дегенерация, дрожательно-ригидная форма.</p> <p>3. Осмотр офтальмолога со щелевой лампой, уровень церулоплазмина в крови, уровень меди в суточной моче, МРТ головного мозга.</p> <p>4. Строгое соблюдение «печеночной» диеты (стол №5а), предполагающей исключение богатых медью продуктов (шоколада, кофе, орехов, бобовых и т.д.). Прием Пеницилламина пожизненно в дозе 250 мг по 2 таб. 3 р/сутки</p> <p>5. При своевременной диагностике и начале терапии прогноз благоприятный.</p>
Задача 33	<p>1. Вирусный менингит.</p> <p>2. Противовирусные препараты, дегидратация, детоксикация, анальгетики, диуретики.</p> <p>3. Прогноз благоприятный.</p>
Задача 34	<p>1. Боррелиоз Лайма.</p> <p>2. А\б терапия, дезинтоксикация, витамины, анальгетики, НПВС.</p>
Задача 35	<p>1. Клещевой энцефалит, лихорадочная форма.</p> <p>2. Противовирусная терапия, дезинтоксикация, НПВП, анальгетики, диуретики.</p>
Задача 36	<p>1. Клещевой боррелиоз.</p> <p>2. пенициллин, доксициклин, цефтриаксон, сумамед</p>
Задача 37	<p>1. Герпетический менингит.</p> <p>2. Ацикловир, фанвир, валтрекс</p>
Задача 38	<p>1. Учитывая наличие у больной взаимосвязанных симптомокомплексов – общемозгового (головная боль, рвота, психомоторное возбуждение), общеинфекционного (гипертермия, озноб, тахикардия, сыпь, признаки воспаления в общем анализе крови) и менингеального - можно заподозрить менингококковую инфекцию. Контакт с больным или носителем мог произойти во время поездки и другой город, определенное значение в генерализации инфекции могли сыграть резкое изменение климатических условий, стресс и переохлаждение.</p> <p>2. Люмбальная пункция: спинномозговая жидкость мутная, зеленоватая. повышение ликворного давления (до 800 мм вод.ст.) нейтрофильный плеоцитоз (более 1000 клеток/ 1мкл), умеренное увеличение содержания белка (0,6-1,2г/л), снижение концентрации глюкозы. Бактериологическое исследование: выделение и идентификация возбудителя -менингококка</p>

	<p>Ваксельбаума (посевы со слизистой носа и глотки, выделение из спинно-мозговой жидкости, крови).</p> <p>3. Госпитальный этап включает: 1) Проведение антибактериальной терапии.</p> <p>2) Профилактика и коррекция внутричерепной гипертензии желудочков.</p> <p>3) Кортикостероиды применяют для уменьшения отека и предупреждения воспалительных осложнений.</p> <p>4) Поддерживают водно-электролитный баланс,</p> <p>5) Следить за стабильностью АД.</p> <p>6). Лечение системных расстройств: шок, ДВС-синдром, инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца, пневмония и т.д.</p> <p>7. При возбуждении и судорогах - седуксен</p>
Задача 39	<p>1. Дисциркуляторная энцефалопатия 1ст, обусловленная атеросклеротическими изменениями в ГМ.</p> <p>2.Лечение - ноотропы, вазоактивные препараты, тромбо-АС, коррекция АД, диета.</p>
Задача 40	<p>1.Сосудистая деменция.</p> <p>2. Клинический анализ крови, БХ, коагулограмма,ЭКГ, КТ, МРТ.</p> <p>3.Регулирование АД, анти-ХЭ препараты, дегидрационная терапия, вазоактивные препараты, нейропротекторы.</p>
Задача 41	<p>1. Алкогольная полиневропатия .</p> <p>2. Отказ от употребления алкоголя, назначение витаминов группы В (цианокобаламин, тиамин, пиридоксин), антиоксиданты (тиоктовая кислота),амитриптилин, карбамазепин, цитофлавин.</p>
Задача 42	<p>1.Поражение нервной системы вследствие свинцовой интоксикации .</p> <p>2. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров. В медицинских осмотрах на предприятии наряду с цеховым терапевтом должны принимать участие невропатолог и лаборант. Необходимо исследовать кровь на содержание гемоглобина, ретикулоцитов, базофильных эритроцитов, количества лейкоцитов и скорость оседания эритроцитов, а также мочу на содержание свинца и порфиринов. Не менее двух раз в год следует давать рабочим витамин С. Применяют лечебно-профилактическое питание, направленное на выведение свинца из организма: добавляют в рацион пектины, содержащиеся в плодах, ягодах, корнеплодах, способствующие выведению тяжелых металлов из организма. Большую роль играет общая гигиена: санация полости рта, мытье рук раствором слабой уксусной кислоты, использование специальной рабочей одежды, индивидуальных средств защиты органов дыхания (респиратор ШБ-1). На рабочем месте и в цехе запрещено принимать пищу. Медицинские работники должны осуществлять санитарно-просветительные мероприятия (лекции, беседы).</p>
Задача 43	<p>1. Мигрень с аурой.</p> <p>2. Госпитализация не требуется.</p> <p>3. ТИА, головная боль напряжения.</p> <p>4. Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан) или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).</p>
Задача 44	<p>1. Невралгия III ветви тройничного нерва слева.</p> <p>2. Госпитализация желательна.</p> <p>3. МРТ головного мозга, придаточных пазух, МРТ ангиография.</p> <p>4. При выявлении вазоневрального конфликта можно предложить хирургическое лечение; прием антиконвульсантов (габапентин, прегабалин, карбамазепин).</p>

Задача 45	<p>1. Мигрень без ауры. Мигренозный статус.</p> <p>2. Требуется.</p> <p>3. САК, опухоль головного мозга, менингит.</p> <p>4. МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.</p> <p>5. Ввести препараты из группы спорыньи (дигидроэрготамин в/в), противорвотные (церукал), кортикостероиды (дексаметазон), транквилизаторы (седуксен), солевые растворы мочегонные (лазикс) по результатам исследования электролитного баланса.</p>
Задача 46	<p>1. Хроническая головная боль напряжения. Абузусная головная боль.</p> <p>2. Мигрень, опухоль головного мозга, синдром вегетативной дисфункции.</p> <p>3. Отменить прием анальгетиков. Препараты выбора антидепрессанты или миорелаксанты. Возможно лечение у психотерапевта, нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, постизометрическая релаксация.</p>
Задача 47	<p>1. Мигрень без ауры.</p> <p>2. МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.</p> <p>3. Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан) или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).</p>
Задача 48	<p>1. Болезнь Альцгеймера, стадия умеренной деменции.</p> <p>2. Стратегии терапевтического воздействия: 1) компенсаторная (заместительная) терапия, направленная на преодоление нейротрансмиссивного дефицита; 2) протективная терапия — применение нейропротекторов и нейротрофических факторов; коррекция нарушений свободнорадикальных процессов, а также обмена кальция; 3) противовоспалительная терапия; 4) психофармакотерапия продуктивных психопатологических расстройств; 5) психологическая коррекция (когнитивный тренинг).</p>
Задача 49	<p>1. Болезнь Альцгеймера</p> <p>2. Ноотропы (пирацетам, ноотропил); Ингибиторы холинэстеразы (такрин, донепезил, физостигмин, галантамин); Мегавитаминная терапия (витамины гр. В, Е в мегадозах); Сосудистые препараты (ангиовазин, кавинтон);</p> <p>3. Прогноз неблагоприятен.</p>
Задача 50	<p>1. Радикулопатия S1, вследствие грыжи диска L5-S1, с выраженным болевым синдромом.</p> <p>2. Диспансерное наблюдение 2 раза в год.</p>
Задача 51	<p>Острая невралгия лицевого нерва ишемического генеза. Коррекция артериального давления, ангиопротекторы, антиагреганты, метаболическая терапия, физиотерапия</p>
Задача 52	<p>Алкогольная полинейропатия. Основной синдром - полинейропатический. Лечение - прекращение приема алкоголя, дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия (большие дозы вит. В1), ноотропы, аминокислоты.</p>
Задача 53	<p>Менингококковый (эпидемический) менингит, менингококцемия. Показано назначение антибиотиков (пенициллин е дозировке не менее 300 000 ед на кг веса 6-8 раз в сутки), дезинтоксикация (гемодез и другие растворы внутривенно капельно и форсированный диурез), уменьшение отека мозга, симптоматическая терапия. Критерии отмены антибиотиков - санация ликвора (нет нейтрофилов). При тяжелом течении менингита возможно внутривенное и эндолумбальное введение антибиотиков.</p>
Задача 54	<p>Туберкулезный менингит. Следует провести рентгенографию легких и другие исследования по органам в целях выявления первичного очага</p>

	инфекции. У больной поражен глазодвигательный нерв слева. Лечение-противотуберкулезные препараты.
Задача 56	Геморрагический инсульт а левом полушарии головного мозга. Вызов нейрохирургической бригады для решения вопроса об оперативном лечении, до консультации проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов и дифференцированной терапии виде внутривенного введения этамзилата натрия (дицинон), препаратов-ингибиторов протеолиза (контрикал, гордокс, трасилол).
Задача 56	Геморрагический инсульт (медиальная гематома) в правом полушарии головного мозга с прорывом крови в желудочки. Проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов и дифференцированной терапии в виде внутривенного введения этамзилата натрия (дицинон), препаратов - ингибиторов протеолиза (контрикал, гордокс, трасилол). Вызов нейрохирургической бригады для решения вопроса о возможности оперативного лечения.
Задача 57	Геморрагический инсульт в правом полушарии мозга. Проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов и дифференцированной терапии в виде внутривенного введения этамзилата натрия (дицинон), препаратов - ингибиторов протеолиза (контрикал, гордокс, трасилол). Вызов нейрохирургической бригады для решения вопроса о возможности оперативного лечения.
Задача 58	<p>1 эмболический ишемический инсульт</p> <p>2. КТ, МРТ, ЭхоКГ, Ультразвуковое исследование сонных, позвоночных и внутримозговых артерий (УЗДГ, дуплексное сканирование, транскраниальная доплерография), а при наличии соответствующих показаний и проведение церебральной ангиографии; Исследование реологических свойств крови и системы гемостаза-агрегации тромбоцитов и эритроцитов, вязкости крови, а также коагулограммы.</p> <p>3. Недифференцированная терапия ОНМК включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • предупреждение и устранение нарушений дыхания и деятельности сердечно-сосудистой системы • борьбу с отеком мозга, • нормализацию водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, устранение гипертермии и других вегетативных нарушений, предупреждение осложнений инсульта. • Борьбу с судорожным синдромом и др. • Антигипоксанты, ангиоксиданты.
Задача 59	<p>1 .Субарахноидальное кровоизлияние (геморрагический инсульт)</p> <p>2. Сцинтиграфия головного мозга, позитронно-эмиссионная томография и однофотонная эмиссионная томография, ЭхоКГ, КГ, МРТ, ОАК и ОАМ.</p> <p>3. Прежде всего больного необходимо удобно уложить на кровать и расстегнуть затрудняющую дыхание одежду, дать достаточный приток свежего воздуха. Удалить изо рта протезы, рвотные массы. Голова, плечи должны лежать подушке, чтобы не было сгибания шеи и ухудшения кровотока позвоночным артериям. Лечение: проведение курса сосудистой терапии, использование препаратов улучшающих мозговой обмен, кислородотерапию, восстановительное лечение или реабилитацию (лечебная физкультура, физиолечение, массаж).</p>
Задача 60	<p>1. Геморрагический инсульт в левом полушарии мозга</p> <p>2. МРТ, ОАК и ОАМ. Люмбальная пункция. Церебральная ангиография.</p> <p>3. Оперативное вмешательство.</p>

	Следует не допускать повышения АД. При артериальной гипертонии используют гипотензивные средства
Задача 61	Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга (бассейн средней мозговой артерии), предположительно вследствие тромбоэмболии внутренней сонной артерии. Ухудшение состояние обусловлено развитием геморрагического пропотевания в ишемизированную мозговую ткань (вторичный геморрагический инфаркт). В первые три часа заболевания обсуждение возможности проведения тромболитической терапии тканевым активатором плазминогена или иными препаратами - тромболитиками. В более поздний период назначение гепарина и/или антиагрегантных препаратов. После присоединения вторичных геморрагических осложнений отмена антикоагулянтных и антиагрегантных препаратов, контроль артериального давления, назначение этамзилата натрия, проведение противоотечной терапии.
Задача 62	Повторный ишемический инсульт в стволе головного мозга с вовлечением левой ножки мозга, половины варолиева моста и продолговатого мозга. Ухудшение состояния больного обуславливается распространением очага на мост и продолговатый мозг. Лечение: недифференцированная терапия (поддержание жизненно важных функций). Дифференцированная терапия - антикоагулянты (гепарин при отсутствии противопоказаний), антиагреганты (реополиглюкин или другие низкомолекулярные декстраны, пентоксифиллин), нейропротективная терапия.
Задача 63	Паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние в левом полушарии головного мозга. Ликворная киста в затылочной доле правого полушария. Проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов и дифференцированной терапии в виде внутривенного введения этамзилата натрия (дицинон), препаратов ингибиторов протеолиза (контрикал, гордокс, трасилол). Вызов нейрохирургической бригады для решения вопроса о возможности оперативного лечения
Задача 64	Полиомиелит, показано симптоматическое лечение и реабилитация, изоляция больного.
Задача 65	Клещевой энцефалит. Кожевниковская эпилепсия. Профилактическая вакцинация. При развитии заболевания - максимально раннее назначение сыворотки реконвалесцентов, нуклеазных препаратов интерферона.
Задача 66	Лейкоэнцефалит неизвестной этиологии. Следует провести иммунологические тесты крови и ликвора направленные на поиск антител к нейротропным вирусам и бактериям (вирусу кори, краснухи, боррелиям и др), тесты на ВИЧ, сифилис. Лечение больного должно включать активную в/в капельную дезинтоксикационную, противоотечную, антибактериальную, гормональную, витаминотерапию
Задача 67	Грыжа диска L5- S1 у больного с остеохондрозом позвоночника со вторичным корешковым синдромом на уровне L5- S1 слева. Консервативная терапия: противовоспалительные и противоболевые препараты, возможна иглорефлексотерапия и мануальная терапия, вытяжение. При стойком болевом синдроме обсуждение вопроса о хирургическом вмешательстве.
Задача 68	Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга (бассейн средней мозговой артерии), предположительно вследствие тромбоэмболии из левого желудочка сердца. В первые три часа заболевания обсуждение

	возможности проведения тромболитической терапии тканевым активатором плазминогена или иными препаратами - тромболитиками. В более поздний период назначение гепарина и/или антиагрегантных препаратов, нейропротективная терапия.
Задача 69	ЗЧМТ. Ушиб головного мозга. Осл.: ОНМК по ишемическому типу в бассейне СМА справа, развившийся на фоне жировой эмболии травматического генеза
Задача 70	Рассеянный склероз. Церебральная форма. Гормонотерапия, вит гр. В, рассасывающая терапия.
Задача 71	Первично-генерализованная эпилепсия, тактика лечения: 1.дегидратирующая терапия (магnezия сульфат, фуросемид, диакарб, глицерин) 2. препараты вальпроевой кислоты (вальпроат натрия). 3.рассасывающая терапия 4.метаболики и сосудистые в стадии ремиссии.
Задача 72	Эпилептический статус. 1.противоотечные(маннитол, глицерин) 2. дегидратирующая терапия (магnezия сульфат, фуросемид, диакарб, глицерин) 3. сибазон, реланиум, седуксен, ГОМК 4. плановая антиконвульсантная терапия.
Задача 73	Дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 ст. с синдромом паркинсонизма, ригидная форма на фоне артериальной гипертензии.
Задача 74	1. Неправильно. ОНМК по геморрагическому типу. 2. Тактика неправильная. 3. КТ/МРТ головного мозга
Задача 75	1.Ишемический инсульт (кардиогенный) в бассейне внутренней сонной артерии. 2. Оптико-пирамидный синдром. 3. Мерцательная аритмия
Задача 76	Малоберцовый нерв
Задача 77	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).
Задача 78	Эпилепсия, фокальные припадки (Джексоновские). В генезе эпилептического синдрома может иметь как родовая травма, так и травма головы в семилетнем возрасте. Дифференциальный диагноз следует проводить с эпилептическим синдромом при опухоли мозга, энцефалите, но данные анамнеза и клинического осмотра делают данные предположения менее вероятными. Для уточнения диагноза рекомендуется томография головного мозга (КТ или МРТ). Предпочтительнее проводить монотерапию одним из противоэпилептических средств (вальпроат натрия, дифенин, карбомазепин), при резистентности - комбинирование препаратов.

Задача 79	Эпилептический синдром. После проведения дифференциального диагноза с истерическим припадком назначение финлепсина или дифенина. При резистентности к монотерапии использование комбинации противоэпилептических препаратов.
Задача 80	Менингиома малого крыла основной кости справа. Консультация нейрохирурга и хирургическое лечение.