

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

Оценочные материалы

по дисциплине: **Неврология**

Специальность: **Неврология**

2023

**1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)\***

***универсальных (УК)/общекультурных (ОК)***

Код и наименование универсальной/общекультурной компетенции	Индикатор(ы) достижения универсальной/общекультурной компетенции
<b>УК-1</b> Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<b>УК-1.1</b> Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте <b>УК-1.2</b> Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте

***общепрофессиональных (ОПК):***

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
<b>ОПК-4</b> Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<b>ОПК-4.1</b> Проводит осмотр, сбор жалоб, анамнеза жизни пациента при заболеваниях нервной системы и составляет план обследования <b>ОПК-4.2</b> Интерпретируют результаты обследования и устанавливает диагноз с учетом МКБ и клинических рекомендаций
<b>ОПК-5</b> Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	<b>ОПК-5.1</b> Разрабатывает план лечения и назначает лекарственных препаратов и других методов лечения согласно стандартам и клиническим рекомендациям учитывая эффективность и безопасность применения при заболеваниях нервной системы <b>ОПК-5.2</b> Контролирует эффективность и безопасность применения различных методов лечения, а также профилаксирует осложнения, побочные действия, нежелательные реакции в результате диагностических или лечебных действий
<b>ОПК-7</b> Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	<b>ОПК-7.1.</b> Готовит медицинскую документацию для проведения медицинской экспертизы, а также проводит предварительные и медицинские осмотры <b>ОПК-7.2</b> Проводит экспертизы временной нетрудоспособности и отдельных видов медицинских освидетельствований

**профессиональных (ПК)**

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
<b>ПК-1</b> Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями нервной системы, в том числе при оказании паллиативной помощи	<p>ПК-1.1 Применяет клинические рекомендации, стандарты и протоколы в диагностике пациентов с заболеванием нервной системы</p> <p>ПК-1.2 Применяет клинические рекомендации, стандарты и протоколы в лечении пациентов с заболеванием нервной системы</p> <p>ПК-1.3 Применяет клинические рекомендации, стандарты и протоколы при оказании паллиативной помощи пациентам с заболеванием нервной системы.</p>

**2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями**

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	Количество заданий на 1 компетенцию
<b>УК-1</b>	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи и вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	Количество заданий на 1 компетенцию
<b>ОПК-4</b>	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи и вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	Количество заданий на 1 компетенцию
<b>ОПК-5</b>	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи и вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	Количество заданий на 1 компетенцию
<b>ОПК-7</b>	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи и вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	Количество заданий на 1 компетенцию
<b>ПК-1</b>	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи и вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов

## УК-1

### Задания закрытого типа: *ВСЕГО 25 заданий*

**Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются:

- 1) выраженность сенсорной атаксии
- 2) выраженность болевого синдрома
- 3) тяжесть вялых параличей конечностей
- 4) черный цвет кала
- 5) красный цвет мочи**

*Эталон ответа: 5) красный цвет мочи*

**Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Наличие «светлого промежутка» при ЧМТ характеризует:

- 1) ушиб головного мозга
- 2) наличие внутричерепной гематомы**
- 3) субарахноидальное кровоизлияние
- 4) сотрясение головного мозга

*Эталон ответа: 2) наличие внутричерепной гематомы*

**Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Странгуляционную борозду следует дифференцировать от:

- 1) естественных складок кожи
- 2) участков кожи, подвергшихся сдавлению частями одежды
- 3) проявлений гнилостной трансформации трупа
- 4) участков опрелости на коже шеи
- 5) правильно 1.2.3.4**

*Эталон ответа: 5) правильно 1,2,3,4*

**Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Больной со зрительной агнозией

- 1) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
- 2) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
- 3) не видит предметы по периферии полей зрения
- 4) видит предметы, но не узнает их**

*Эталон ответа: 4) видит предметы, но не узнает их*

**Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Основными диагностическими критериями деформирующей мышечной дистонии являются:

- 1) торсионные гиперкинезы мышц туловища, конечностей, головы мышечная дистония**
- 2) гиперрефлексия коленных, ахилловых рефлексов, патологические рефлексы
- 3) нистагм
- 4) мозжечковые расстройства

*Эталон ответа: 1) торсионные гиперкинезы мышц туловища, конечностей, головы мышечная дистония*

**Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Характер повреждений связок позвоночника в шейном отделе зависит от:

- 1) длины конечностей
- 2) окружности шеи и груди
- 3) механизма травмы
- 4) нагрузки при механическом воздействии
- 5) угла сгибания или разгибания шейного отдела
- 6) правильно 3,4,5**

*Эталон ответа: 6) правильно 3,4,5*

**Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Факторы риска транзиторных ишемических атак

- 1) пожилой возраст
- 2) гиперхолестеринемия
- 3) хронические головные боли напряжения
- 4) курение
- 5) сахарный диабет

**6) правильно 1,2,4,5**

*Эталон ответа: 6) правильно 1,2,4,5*

**Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Наиболее часто встречающийся неврологический симптом при сотрясении головного мозга:

- 1) двусторонний симптом Бабинского
- 2) симптом натяжения Ласега
- 3) симптом Маринеску-Радовича**
- 4) симптом Брудзинского

*Эталон ответа: 3) симптома Маринеску-Радовича*

**Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Показание к каротидной эндартерэктомии у больного с транзиторными ишемическими атаками

- 1) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра**
- 2) окклюзия внутренней сонной артерии
- 3) стеноз внутренней сонной артерии 50—69% диаметра
- 4) стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра
- 5) двусторонний стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра

*Эталон ответа: 1) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра*

**Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Тип расстройства чувствительности при рассеянном склерозе:

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

*Эталон ответа: 5) проводниковый*

**Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для вторичной профилактики инсульта применяют

- 1) антикоагулянты
- 2) антитромбоцитарные средства (антиагреганты)
- 3) каротидную эндартерэктомию
- 4) сосудорасширяющие средства
- 5) ноотропные средства

**6) правильно 1,2,3**

*Эталон ответа: 6) правильно 1,2,3*

**Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Характерными симптомами болезни Эрба-Ротта являются:

- 1) атрофии мышц плечевого, тазового пояса
- 2) "крыловидные лопатки"
- 3) "осиная талия"
- 4) гипомимия, лицо «миопата»

**5) все вышеперечисленные**

*Эталон ответа: 5) все вышеперечисленные*

**Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Больной с сенсорной афазией:

- 1) не может говорить и не понимает обращенную речь
- 2) понимает обращенную речь, но не может говорить
- 3) может говорить, но забывает названия предметов
- 4) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную**

*Эталон ответа:* **4) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную**

**Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Хирургическое лечение наиболее эффективно при кровоизлиянии в:

- 1) зрительный бугор
- 2) подкорковые ядра
- 3) лобную долю
- 4) мозжечок**
- 5) височную долю

*Эталон ответа:* **4) мозжечок**

**Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие:

- 1) бульбарных расстройств
- 2) тазовых расстройств**
- 3) расстройств глубокой чувствительности
- 4) нарушения аккомодации
- 5) сенсорной атаксии

*Эталон ответа:* **2) тазовых расстройств**

**Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Разрыв мешотчатой аневризмы обычно вызывает

- 1) внутримозговое кровоизлияние
- 2) субарахноидальное кровоизлияние**
- 3) острую гипертоническую энцефалопатию
- 4) лакунарный инсульт
- 5) транзиторную ишемическую атаку

*Эталон ответа:* **2) субарахноидальное кровоизлияние**

**Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для «взрывного» перелома С1 (перелома Джефферсона) при вертикальной нагрузке характерно:

- 1) нестабильность
- 2) два перелома передней дуги
- 3) два перелома задней дуги
- 4) обычно возникает у ныряльщиков
- 5) обычно возникает при падении на ягодицы
- 6) правильно 1,2,3,4**

*Эталон ответа:* **6) правильно 1,2,3,4**

**Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего:

- 1) первично прогрессирующее
- 2) вторично прогрессирующее с обострениями
- 3) вторично прогрессирующее без обострений
- 4) ремитирующее (волнообразное)**

*Эталон ответа:* **4) ремитирующее (волнообразное)**

**Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Очаговая неврологическая симптоматика при транзиторной ишемической атаке чаще сохраняется в течение

- 1) несколько секунд
- 2) несколько минут**

- 3) 12 часов
- 4) 24 часов
- 5) 3-х суток

*Эталон ответа:* **2) несколько минут**

**Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Нарушение мочеиспускания в дебюте рассеянного склероза обычно проявляется:

- 1) парадоксальной ишурией
- 2) **императивными позывами на мочеиспускание**
- 3) задержкой мочи
- 4) отсутствием ощущения прохождения мочи
- 5) истинным недержанием мочи

*Эталон ответа:* **2) императивными позывами на мочеиспускание**

**Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

К основным симптомам гепатоцеребральной дистрофии не относится:

- 1) пластическая ригидность
- 2) гиперкинезы
- 3) **гемипарез**
- 4) снижение интеллекта
- 5) кольцо Кайзера-Флейшера

*Эталон ответа:* **3) гемипарез**

**Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для клинической картины шейного остеохондроза характерно:

- 1) приступообразная пульсирующая головная боль
- 2) отсутствие расстройств статики и походки
- 3) боль в глазах при взгляде на яркие предметы
- 4) положительный симптом осевой нагрузки
- 5) **правильно 1,4**

*Эталон ответа:* **5) правильно 1,4**

**Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

При болезни Ландузи-Дежерина преобладает поражение:

- 1) дистальных отделов конечностей
- 2) **лица**
- 3) плечевого пояса
- 4) плечевого и тазового пояса
- 5) спины

*Эталон ответа:* **2) лица**

**Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает

- 1) Моторная афазия
- 2) Сенсорная афазия
- 3) **Семантическая афазия**
- 4) Амнестическая афазия

*Эталон ответа:* **3) Семантическая афазия**

**Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Атипичная форма Фишера острой полинейропатии Гийена-Барре характеризуется:

- 1) поражением языкоглоточного нерва
- 2) двусторонним парезом лицевого нерва
- 3) поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания
- 4) **поражением глазодвигательных нервов и атаксией**

*Эталон ответа:* **4) поражением глазодвигательных нервов и атаксией**

## Вопросы для собеседования и ситуационные задачи: **ВСЕГО 75 ЗАДАНИЙ**

### **Задание 1.**

Студент 20 лет обратился в поликлинику с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). Известно, что с 10 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза.

Объективно врачом выявлено: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный тремор при выполнении координационных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

Какой наиболее вероятный диагноз?

*Эталон ответа:*

Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-ригидная форма). Вильсоновский гепатит.

### **Задание 2.**

Пациент 57-ми лет обратился с жалобами на слабость в верхних и нижних конечностях, которые отмечает в течение 2-х лет.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Бицепс-рефлекс живой, D=S, трицепс- и карпорадиальный рефлекс снижены, D=S. Рефлексы с нижних конечностей – высокие, с расширением рефлексогенных зон и клонусом стоп D=S. Гипотрофия и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса. Сила в верхних конечностях снижена до 4 баллов, в нижних – до 3 баллов. Мышечный тонус в верхних конечностях снижен, в нижних – повышен по типу «складного ножа». Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Тазовые функции не нарушены.

Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и определите их предположительные результаты?

*Эталон ответа:*

Пациенту рекомендовано выполнение МРТ шейного отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени, на которой вероятно обнаружение срединной грыжи диска С7-С8, 3-й степени, смещающая спинной мозг кзади. В связи с этим компрессируются передние отделы спинного мозга (передние рога, передние канатики), что приводит к нарушению двигательной функции.

### **Задание 3.**

Больного беспокоят приступы генерализованных судорог, которые начинаются с поворота головы и глаз вправо, после чего он теряет сознание и падает.

Как называется клинический синдром?

*Эталон ответа:*

Генерализованный судорожный припадок с фокальным компонентом в виде поворота головы и глаз вправо.

### **Задание 4.**

В отделение доставлен мужчина 47-ми лет, который упал с крыши одноэтажного дома. После падения самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами, не чувствовал ног. При осмотре – нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня Т9.

Вероятный диагноз?

*Эталон ответа:*



Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне Т8.

#### **Задание 5.**

В приемное отделение в 17:00 поступила женщина 72-х лет с жалобами на слабость и онемение в правой руке, асимметрию лица, нарушение речи.

Из анамнеза: длительно страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. Две недели назад остро возникли пекущие боли в области сердца, одышка при ходьбе, однако за медицинской помощью не обратилась. Резкое ухудшение состояния отмечает с 15:00 сегодняшнего дня, когда внезапно появились вышеуказанные жалобы, нарушилась речь, по поводу чего дочерью была вызвана бригада "скорой помощи": АД = 130/70 мм рт.ст., ЧСС 68 ударов в минуту, ЧДД 18 в минуту; температура тела 36,7°C; глюкоза крови по данным глюкометра - 5,1 ммоль/л; ЭКГ - единичные экстрасистолы, был выполнен ТгорТест - получен сомнительный результат.

При осмотре дежурным неврологом: элементы моторной афазии, асимметрия лица в виде сглаженности носогубной складки, опущения угла рта справа, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексы с рук живые D>S, с расширением рефлексогенных зон, с ног – живые, D=S. Мышечный тонус в правой руке повышен по спастическому типу. Мышечная сила в правой руке - 2 балла. Положительные симптомы орального автоматизма. Чувствительных расстройств нет. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?

*Эталон ответа:*

1. Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний.
2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики).
4. Статины - с гиполипидемической целью.
5. Антикоагулянты, антиагреганты (инфаркт миокарда является противопоказанием к проведению тромболитической терапии).

#### **Задание 6.**

На приеме женщина 74-х лет – по поводу прогрессирующего снижения памяти на текущие события. Отмечает забывчивость уже в течение нескольких лет, непрерывно нарастает. При беседе – больная в ясном сознании, контактна, несколько растеряна и беспокойна, правильно ориентирована в месте, но ошибается при назывании точной даты. Часто жалуется на плохую память; не помнит, что куда положила, о чем разговаривала с домашними, с трудом припоминает имена внуков, которые живут отдельно. Иногда испытывает также затруднения при подборе нужного слова в разговоре, назывании предметов. Нейропсихологическое исследование – выраженные нарушения памяти, умеренные нарушения гнозиса, праксиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

Вероятный диагноз и лечение?

*Эталон ответа:*

Болезнь Альцгеймера. Ингибитор ацетилхолинэстеразы донепезил по 5-10 мг/сут. или ингибитор NMDA-глутаматных рецепторов мемантин по 5-20 мг/сут.

#### **Задание 7.**

У больного определяются нарушения речи в виде «салата из слов», плохого понимания обращенной речи, невыполнения инструкций из-за их непонимания. В то же время привычные словосочетания (например, собственные фамилию, имя, отчество) проговаривает без затруднений и правильно. В речи много не существующих в природе слов.

Как называется клинический синдром?

*Эталон ответа:*

1. Синдром сенсорной (акустико-гностической) афазии.

**Задание 8.**

У больного справа отмечается не смыкание век, невозможность поднять бровь, отставание угла рта при разговоре и улыбке. Слева – центральная гемиплегия.

Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

Очаг в Варолиевом мосту справа, где поражено ядро лицевого нерва и пирамидный путь.

**Задание 9.**

У больного атрофия и фибриллярные подёргивания мышц левой половины языка, при высовывании он отклоняется влево, речь нарушена по типу дизартрии. Справа спастический гемипарез.

Назовите клинический синдром?

*Эталон ответа:*

Альтернирующий паралич Джексона.

**Задание 10.**

У больного изменилась речь, стало трудно выговаривать слова, голос с носовым оттенком, поперхивание при глотании, мягкое нёбо при фонации неподвижно, глоточный рефлекс отсутствует, атрофия и фибрилляции мышц языка с обеих сторон.

Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

Поражение ядер IX-X-XII пар ЧН в продолговатом мозге.

**Задание 11.**

Пациент, 55 лет, обратился к неврологу с жалобами на слабость в верхних и нижних конечностях, которые беспокоят в течение 2-х лет.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Бицепс-рефлекс живой, D=S, трицепс- и карпорадиальный рефлекс снижены, D=S. Рефлексы с нижних конечностей – высокие, с расширением рефлексогенных зон и клонусом стоп D=S. Гипотрофия и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса. Сила в верхних конечностях снижена до 4 баллов, в нижних – до 3 баллов. Мышечный тонус в верхних конечностях снижен, в нижних – повышен по типу «складного ножа». Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Тазовые функции не нарушены.

Наиболее вероятный диагноз?

*Эталон ответа:*

Шейная миелопатия вследствие срединной грыжи диска C7-C8 3-й степени с умеренным вялым параличом верхних конечностей и выраженным спастическим параличом нижних конечностей

**Задание 12.**

Мужчина 45 лет ремонтировал крышу загородного дома, не удержался и упал. Самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами и сказал, что ног не чувствует. Жена вызвала скорую помощь. При осмотре выявлен нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня T9.

Поставьте предположительный клинический диагноз?

*Эталон ответа:*

Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне T8.

**Задание 13.**

В отделение поступила женщина 33-х лет – сегодня днем после физической нагрузки развилась сильная головная боль, была однократная рвота, сознание нарушилось по типу оглушения, чередующегося с приступами двигательного возбуждения.

В течение последнего месяца периодически отмечала двоение предметов при взгляде прямо перед собой и влево и боли в лобно-орбитальной области справа, расширение правого зрачка.

При осмотре через час после поступления: неполный синдром наружной стенки правого кавернозного синуса, мидриаз справа. Глубокие рефлекссы без убедительной сторонности. Признаки фотофобии. Менингеальных симптомов не выявлено. Температура тела нормальная. АД 150/90 мм рт.ст.

Через 3 дня развился левосторонний гемипарез с наличием симптома Бабинского и менингеальных симптомов. Общемозговая симптоматика сохраняется.

Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

Лечение пациента с аневризмой должно быть хирургическим.

Диспансерное наблюдение такого пациента у невролога по месту жительства – в течение 1 года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также могут включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 14.**

В отделение доставлена женщина 64-х лет с артериальной гипертензией в анамнезе в течение 10 лет (адаптирована к АД 140/90 мм рт.ст.), у которой на фоне повышения АД до 210/110 мм рт.ст., сопровождавшегося диффузной головной болью, отмечалась кратковременная потеря сознания с тонико-клоническими судорогами в конечностях, преимущественно в левых, и прикусом языка. Придя в сознание, больная обнаружила у себя слабость в дистальных отделах левой ноги.

При осмотре выявлен центральный, преимущественно дистальный, парез левой ноги. При РКТ, произведенной через 5 дней, выявлен гиперденсивный очаг размером 2,5х3,0 см парасагиттально на уровне центральных извилин справа, который был расценен как проявление геморрагического инсульта. Из проведенного обследования обращало на себя внимание ускорение СОЭ до 50 мм/ч. Пациентка выписана из стационара с улучшением с диагнозом: ОНМК по смешанному типу в бассейне правой передней мозговой артерии на фоне артериальной гипертензии III ст.

В дальнейшем отмечались умеренные головные боли, преимущественно в правой теменной области, и нарастающий парез левой ноги.

Определите предположительный диагноз

*Эталон ответа:*

Клинический диагноз – Объемное образование задне-нижних отделов правой прецентральной извилины (с учетом наличия головной боли, повышения СОЭ, нарастания степени пареза ноги, эффекта раздражения коры с развитием судорожного приступа).

#### **Задание 15.**

В отделение доставлена женщина 62-х лет – сегодня днем во время приготовления обеда почувствовала внезапное головокружение, сопровождавшееся тошнотой и рвотой, сильную головную боль в затылочной области.

В анамнезе – артериальная гипертензия в течение 15 лет (гипотензивные препараты принимала регулярно и постоянно). Адаптирована к АД 160/90 мм рт.ст.

При осмотре – сонлива, вялая. АД 230/130 мм рт.ст. Зрачки S=D, 3 мм в диаметре, фотореакции сохранены. Глазные яблоки и голова повернуты вправо. Глубокие рефлексы с конечностей повышены, D>S. Симптом Бабинского справа. Адиадохокинез, легкая дисметрия, мышечная гипотония в левых конечностях. Спустя час после осмотра стала еще более заторможенной, стали определяться двусторонние стопные знаки. Выявлена брадикардия 50 ударов в минуту.

При РКТ головного мозга – гиперденсивный очаг в левом полушарии мозжечка.

Определите предположительный диагноз

*Эталон ответа:*

Клинический диагноз – Кровоизлияние (гематома) в левом полушарии мозжечка, отек ствола мозга.

### **Задание 16.**

У больного изменилась речь, стало трудно выговаривать слова, голос с носовым оттенком, поперхивание при глотании, мягкое нёбо при фонации неподвижно, глоточный рефлекс отсутствует, атрофия и фибрилляции мышц языка с обеих сторон.

Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

Поражение ядер IX-X-XII пар ЧН в продолговатом мозге.

### **Задание 17.**

Пациент, 55 лет, обратился к неврологу с жалобами на слабость в верхних и нижних конечностях, которые беспокоят в течение 2-х лет.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Бицепс-рефлекс живой, D=S, трицепс- и карпорадиальный рефлексы снижены, D=S. Рефлексы с нижних конечностей – высокие, с расширением рефлексогенных зон и клонусом стоп D=S. Гипотрофия и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса. Сила в верхних конечностях снижена до 4 баллов, в нижних – до 3 баллов. Мышечный тонус в верхних конечностях снижен, в нижних – повышен по типу «складного ножа». Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Тазовые функции не нарушены.

Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и определите их предположительные результаты?

*Эталон ответа:*

Пациенту рекомендовано выполнение МРТ шейного отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени, на которой вероятно обнаружение срединной грыжи диска C7-C8, 3-й степени, смещающая спинной мозг кзади. В связи с этим компрессируются передние отделы спинного мозга (передние рога, передние канатики), что приводит к нарушению двигательной функции.

### **Задание 18.**

Мужчина 45 лет ремонтировал крышу загородного дома, не удержался и упал. Самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами и сказал, что ног не чувствует. Жена вызвала скорую помощь. При осмотре выявлен нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня T9.

Поставьте предположительный клинический диагноз?

*Эталон ответа:*

Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне T8.

### Задание 19.

Женщина 73-х лет поступила в приемное отделение в 17:00 с жалобами на слабость и онемение в правой руке, асимметрию лица, нарушение речи.

Из анамнеза: длительно страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. Две недели назад остро возникли пекущие боли в области сердца, одышка при ходьбе, однако за медицинской помощью не обратилась. Резкое ухудшение состояния отмечает с 15:00 сегодняшнего дня, когда внезапно появились вышеуказанные жалобы, нарушилась речь, по поводу чего дочерью была вызвана бригада "скорой помощи": АД = 130/70 мм рт.ст., ЧСС 68 ударов в минуту, ЧДД 18 в минуту; температура тела 36,7°C; глюкоза крови по данным глюкометра - 5,1 ммоль/л; ЭКГ - единичные экстрасистолы, был выполнен ТгорТест - получен сомнительный результат.

При осмотре в приемном отделении дежурным неврологом: элементы моторной афазии, асимметрия лица в виде сглаженности носогубной складки, опущения угла рта справа, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексы с рук живые D>S, с расширением рефлексогенных зон, с ног – живые, D=S. Мышечный тонус в правой руке повышен по спастическому типу. Мышечная сила в правой руке - 2 балла. Положительные симптомы орального автоматизма. Чувствительных расстройств нет. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?

*Эталон ответа:*

1. Консультация кардиолога для подтверждения кардиоэмболической природы инсульта (инфаркт миокарда), подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии.
2. Консультация логопеда для коррекции речевых расстройств.
3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.
4. Консультация кинезиотерапевта - для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК.
5. Консультация эрготерапевта - для максимальной социальной и бытовой адаптации.

### Задание 20.

Больной Н., 63 года, длительно страдает артериальной гипертензией. После подъема АД до 210/100 мм рт.ст. остро возникла головная боль в затылочной области, тошнота, однократная рвота, шаткость при ходьбе, головокружение. Доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение.

При осмотре: пациент сонлив, быстро истоощаем при контакте, лицо гиперемировано. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Разнонаправленный крупноразмашистый нистагм. Сухожильные рефлексы высокие, S>D, с расширением рефлексогенных зон. Положительный симптом Бабинского слева. Правосторонняя гемиатаксия.

Наиболее вероятный диагноз.

*Эталон ответа:*

Геморрагический инсульт с кровоизлиянием в правое полушарие мозжечка, вследствие гипертонической болезни III степени. Общемозговой синдром. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Правосторонняя гемиатаксия.

### Задание 21.

У пациентки К. 25-ти лет после интенсивной тренировки возникла острейшая головная боль, тошнота, рвота, двоение при взгляде вправо, психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания. Доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи.

При осмотре: сонлива, на вопросы отвечает односложно, с запозданием. Лицо гиперемировано. АД при измерении 190/100 мм.рт.ст. При осмотре: расходящееся косоглазие слева. Положительные симптомы Бехтерева слева, Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц.

Наиболее вероятный диагноз?

*Эталон ответа:*

Субарахноидальное кровоизлияние, вследствие разрыва аневризмы левой задней соединительной артерии. Общемозговой синдром. Парез левого глазодвигательного нерва.

#### **Задание 22.**

Женщина 74-х лет, обратилась к врачу по поводу прогрессирующего снижения памяти на текущие события. Отмечает забывчивость уже в течение нескольких лет, за это время непрерывно нарастает. При беседе – больная в ясном сознании, контактна, несколько растеряна и беспокойна, правильно ориентирована в месте, но ошибается при назывании точной даты. Часто жалуется на плохую память; она не помнит, что куда положила, о чем разговаривала с домашними, с трудом припоминает имена внуков, которые живут отдельно. Иногда испытывает также затруднения при подборе нужного слова в разговоре, назывании предметов. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженные нарушения памяти, умеренные нарушения гнозиса, праксиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

Локализация поражения?

*Эталон ответа:*

Височная доля (гиппокамп) и задние отделы теменной доли доминантного полушария.

#### **Задание 23.**

Мужчина 65-ти лет предъявляет жалобы на слабость, похудение рук и неловкость в них, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Указанные проявления стал отмечать около 1 года назад с дистальных отделов рук, постепенно они распространились и на проксимальные отделы.

При осмотре: гипотрофия мышц верхних конечностей, больше слева, частые фасцикуляции в них. Глубокие рефлекссы повышены с обеих сторон, выявляются патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3-х баллов в левой руке, 3,5 баллов – в правой, больше в дистальных отделах, и до 4-х баллов – в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

Топический диагноз?

*Эталон ответа:*

Поражение передних рогов спинного мозга на шейном уровне.

#### **Задание 24.**

Мужчина 59-ти лет в течение последних 15 лет страдает артериальной гипертензией со средним уровнем АД 180-200/110-120 мм рт.ст. Регулярного лечения не получал. В последние годы появились и нарастают по выраженности нарушения памяти и внимания, неразборчивость речи, пошатывание и падения при ходьбе, недержание мочи.

При осмотре: заторможен, самостоятельно жалоб не предъявляет, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: рефлекссы орального автоматизма, насильственный смех и плач, высокие симметричные сухожильные рефлекссы, симптом Бабинского с двух сторон, легкая гипокинезия и повышение мышечного тонуса по пластическому типу в нижних конечностях, походка на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

Неврологические синдромы?

*Эталон ответа:*

Синдромы постуральной неустойчивости, псевдобульбарный, пирамидная недостаточность в нижних конечностях, умеренных когнитивных нарушений.

**Задание 25.**

Мужчина 58 лет жалуется на снижение памяти, сложность выполнения умственной работы, головные боли, нарушения сна. Считает себя больным в течение последних 6 месяцев после смерти жены. Снижение памяти и головные мешают больному справляться со своими профессиональными обязанностями и общаться с людьми. Головные боли ощущает постоянно, они средней интенсивности, носят сжимающий характер.

При осмотре – подавлен, вял, несколько заторможен. Правильно ориентирован в месте и времени. При исследовании эмоционального статуса выявляются значительное снижение фона настроения. Отчётливых нарушений пракиса, гнозиса и речи не выявляется. Интеллектуальные операции замедленны. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

Предварительный клинический диагноз?

*Эталон ответа:*

Синдром депрессии. Головная боль мышечного напряжения.

**Задание 26.**

У 52-х летней женщины в течение последних 8 месяцев развились прогрессирующая деменция, атактическая походка, повышение глубоких рефлексов, тремор и миоклонические судороги. Речь стала замедленной и неразборчивой, движения рук неловкими. Ни у кого из членов ее семьи не было дегенеративных неврологических заболеваний. При МРТ патологии не выявлено. ЭЭГ-исследован не выявило расстройство фоновой активности с периодическими острыми разрядами, повторяющимися через один интервал.

Из рассказа родственников установлено, что несколько лет тому назад больная лечилась гормонами роста по поводу неустановленного заболевания. Эндокринологическое исследование патологии не выявило.

Больная умерла от тяжелой аспирационной пневмонии. Патоморфологически выявлены признаки губчатой энцефалопатии.

Определите синдромологический, топический диагнозы.

*Эталон ответа:*

Синдромы – мозжечковая атаксия, пирамидная недостаточность, апраксия, афазия/дизартрия, миоклонии, деменция. Топический диагноз – поражение коры больших полушарий и мозжечковых связей.

**Задание 27.**

В клинику в крайне тяжелом состоянии доставлен молодой человек 29-ти лет. Со слов родственников – страдал артериальной гипертонией с юношеских лет. 7 дней назад в квартире внезапно потерял сознание, упал. Подняться самостоятельно не смог из-за слабости в правых конечностях. С того же дня – речевые нарушения.

Осмотрен на дому неврологом, госпитализирован в местную больницу, на 2 день выполнена люмбальная пункция. Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный реакция Панди +, белок – 0,3 г/л, цитоз – 5 клеток (лимфоциты).

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного продолжало ухудшаться и после консультации нейрохирурга на 7-й день переведен в клинику.

При поступлении выявлены правосторонняя гемиплегия, моторная афазия, выраженные общемозговые симптомы. Выполненная ЭхоЭГ выявила смещение срединных структур слева направо на 9-10 мм.

Обоснуйте топический и клинический диагноз?

*Эталон ответа:*

У больного геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с интрацеребральной гематомой.

### **Задание 28.**

У 52-х летней женщины в течение последних 8 месяцев развились прогрессирующая деменция, атактическая походка, повышение глубоких рефлексов, тремор и миоклонические судороги. Речь стала замедленной и неразборчивой, движения рук неловкими. Ни у кого из членов ее семьи не было дегенеративных неврологических заболеваний. При МРТ патологии не выявлено. ЭЭГ-исследование не выявило расстройство фоновой активности с периодическими острыми разрядами, повторяющимися через один интервал.

Из рассказа родственников установлено, что несколько лет тому назад больная лечилась гормонами роста по поводу неустановленного заболевания. Эндокринологическое исследование патологии не выявило.

Больная умерла от тяжелой аспирационной пневмонии. Патоморфологически выявлены признаки губчатой энцефалопатии.

Назовите круг дифференцируемых заболеваний. Обоснуйте диагноз.

*Эталон ответа:*

Круг дифференцируемых заболеваний – пресенильная деменция, болезни Альцгеймера и Пика, хорея Гентингтона, гепатоцеребральная дегенерация, миоклонус-эпилепсия, лейкоэнцефалит.

Диагностика базируется на выявлении быстро прогрессирующей деменции с дезинтеграцией всех высших корковых функций – корковых нарушений речи, зрения, праксиса, когнитивных нарушений и нарушений поведения, пирамидных и экстрапирамидных нарушений, мозжечковой дисфункции, эпилептических припадков (миоклонус), факте применения гормона роста. Определенный диагноз болезни Крейтцфельдта-Якоба устанавливается после патоморфологического исследования.

### **Задание 29.**

В клинику в крайне тяжелом состоянии доставлен молодой человек 29-ти лет. Со слов родственников – страдал артериальной гипертензией с юношеских лет. 7 дней назад в квартире внезапно потерял сознание, упал. Подняться самостоятельно не смог из-за слабости в правых конечностях. С того же дня – речевые нарушения.

Осмотрен на дому неврологом, госпитализирован в местную больницу, на 2 день выполнена люмбальная пункция. Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный реакция Панди +, белок – 0,3 г/л, цитоз – 5 клеток (лимфоциты).

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного продолжало ухудшаться и после консультации нейрохирурга на 7-й день переведен в клинику.

При поступлении выявлены правосторонняя гемиплегия, моторная афазия, выраженные общемозговые симптомы. Выполненная ЭхоЭГ выявила смещение срединных структур слева направо на 9-10 мм.

Правильной ли была тактика врача на 1-ом этапе? Если нет, то постарайтесь изложить Вашу.

*Эталон ответа:*

Выполненная люмбальная пункция могла вызвать синдром дислокации с вклиниванием ствола, т.к. при ЭхоЭГ выявлено смещение срединных структур на 9-10 мм. Поэтому правильное решение заключается в госпитализации больного в многопрофильный стационар для дообследования (ЭхоЭС, РКТ и т.д.) и оказания специализированной помощи.

### **Задание 30.**

По скорой помощи в приемное отделение поступил мужчина 75-ти лет – длительно страдает артериальной гипертензией, неделю назад, после подъема АД до 180/100 мм.рт.ст., возникли жалобы на онемение левой половины тела.

При осмотре: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без особенностей. Гипестезия левой половины тела. Сухожильные рефлексы с конечностей живые D=S. Мышечная сила и тонус не изменены. Менингеальных и



патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

Наиболее вероятный диагноз?

*Эталон ответа:*

Ишемический инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии с формированием лакунарного инфаркта в правом таламусе на фоне гипертонической болезни; изолированная гемипарестезия слева.

### **Задание 31.**

В стационар службой скорой помощи, которую вызвали прохожие, доставлен мужчина 58 лет – был избит и ограблен двумя неизвестными. Терял сознание. Точно сказать, сколько времени находился без сознания, не может. Не помнит людей на улице, которые оказывали ему первую доврачебную помощь.

При поступлении сознание ясное, пациент растерян. Испытывает затруднения при произношении слов, речь замедленная. Имеются множественные ушибы и ссадины на лице и на волосистой части головы. Определяется шаткость походки.

При неврологическом осмотре выявляется акцент рефлексов справа, сглаженность правой носогубной складки. Менингеальной симптоматики нет. На рентгенограммах черепа костной патологии не выявляется.

Поставьте предположительный клинический диагноз?

*Эталон ответа:*

ЗЧМТ. Ушиб головного мозга легкой степени.

### **Задание 32.**

В больницу скорой помощи доставлена женщина 37-ти лет – наблюдается у невролога по поводу эпилепсии, принимает антиконвульсанты. На фоне самовольной отмены препаратов развился большой судорожный припадок, во время которого ударилась головой о бордюр тротуара. Сообщила, что страдает эпилепсией с 14 лет. Правильно назвала препараты, которые принимает в связи с основным заболеванием.

При осмотре: заторможена, на вопросы отвечает с некоторой задержкой. Имеется ушибленная рана в правой теменной области, проникающая до кости. При первичной хирургической обработке раны визуализируется перелом правой теменной кости, который подтверждается на рентгенограммах черепа.

В неврологическом статусе выявлены менингеальные симптомы, акцент глубоких рефлексов слева, левосторонний симптом Бабинского.

Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

### **Задание 33.**

В приемный покой ночью поступил молодой человек 22-х лет. Обстоятельства травмы не известны. Самостоятельно добрался до дома, но не помнит, как. Не помнит, сколько времени находился без сознания. Доставлен в стационар скорой помощью. При осмотре растерян, частично дезориентирован, не интересуется окружающим, повторяет одни и те же вопросы. В приемном покое была многократная рвота. Имеются кровянистые выделения из носа. Определяется парез в правой руке, сухожильные рефлексы повышены справа, правосторонний симптом Бабинского, симптом Кернига, ригидность затылочных мышц. На КТ обнаружены небольшие очаги размозжения в левых лобной и височной долях. В режиме «костного окна» выявлен перелом основания передней черепной ямки. На третьи сутки отмечено появление «отцветающих» параорбитальных гематом.

Поставьте предположительный клинический диагноз?

*Эталон ответа:*

ОЧМТ. Перелом костей передней черепной ямки. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.

### **Задание 34.**

Мужчина 39-ти лет упал со стремянки на производстве, ударился головой. Придя домой, рассказал о случившемся жене. Так как впереди намечались выходные дни, за медицинской помощью обращаться не стал, сославшись на то, что «отлежится» дома. Жаловался на головную боль, по поводу чего принял «обезболивающее» и лег спать. Жена допоздна «засиделась» у соседки, а вернувшись домой, обнаружила мужа лежащим без сознания на полу. В 2 ч 15 мин был доставлен в стационар вызванной скорой помощью. При поступлении – кома I, правосторонний гемипарез, анизокория S>D. Эхоэнцефалоскопия – смещение М-эха слева направо 10 мм. На краниограммах обнаружен перелом затылочной кости справа.

Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

Хирургическое лечение.

### **Задание 35.**

Пациентка 34-х лет обратилась с жалобами на слабость и повышенную утомляемость мышц, периодическое двоение в глазах, замедление активных движений. Вышеуказанные жалобы нарастают при физической нагрузке и к концу дня. Состояние улучшается после сна или отдыха.

Из анамнеза известно: считает себя больной в течение 3-х лет, когда на последних месяцах беременности появилась слабость в нижних конечностях. После родов состояния ухудшилось, постепенно присоединились вышеуказанные жалобы.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована. Глазодвижение не нарушено, прямая и содружественная реакция зрачка на свет, конвергенцию и аккомодацию сохранна, периодическая диплопия. Положительный тест опущения верхних век. Слабость мимической мускулатуры. Глоточные рефлексы средней живости. Речь, глотание не нарушены. Язык по средней линии. Отмечаются феномены патологической мышечной утомляемости, генерализации мышечной слабости. Мышечная сила в конечностях снижена до 3,5 баллов. Мышечный тонус в руках слегка снижен. Сухожильные рефлексы с конечностей живые D=S, без расширения рефлексогенных зон. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. В позе Ромберга легкая шаткость без сторонности. Менингеальной симптоматики нет. Тазовые функции не нарушены.

Составьте план лечения для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу: антихолинэстеразные препараты (прозерин, калимин, ипидакрин), препараты калия (калия хлорид) и калийсберегающие средства (спиронолактон)
2. Препараты, воздействующие на иммунную систему:
3. иммунодепрессанты (азатиоприн), глюкокортикостероиды, с целью уменьшения активности аутоиммунного процесса.
4. Тимэктомия – при визуализации тимомы по данным СКТ или МРТ, для этиотропного лечения

### **Задание 36.**

Женщина 23-х лет через 3 дня после медицинского аборта стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век.

При неврологическом осмотре: 2-хсторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

Тяжесть и исход заболевания зависят от степени компенсации миастенических симптомов после введения АХЭП. Прогностически неблагоприятным фактором являются большие дозы АХЭП в дооперационном периоде (10-20 стандартных доз в сутки) и относительная «прозеринорезистентность». Возможно усугубление птоза, глазовдвигательных расстройств и генерализация процесса.

#### **Задание 37.**

Родители мальчика 4-х лет обратили внимание на «переваливающуюся» «утиную» походку, затруднение при вставании из положения сидя без помощи рук, некоторую задержку умственного развития.

При осмотре определяется слабость мышц проксимальных отделов ног и тазового пояса, выражен гиперлордоз, гипотрофия и гипотония мышц бедер, снижение коленных рефлексов, псевдогипертрофия икроножных мышц.

Выделите клинические синдромы?

*Эталон ответа:*

Синдром слабости и гипотрофии проксимальных групп мышц нижних конечностей и псевдогипертрофии икроножных мышц.

#### **Задание 38.**

На приеме мужчина 38-ми лет – жалобы на слабость в кистях и стопах, невозможность стоять на пятках. Болен около 15 лет, заболевание развивалось очень медленно.

При осмотре – периферический парез кистей и стоп с атрофией и гипотонией мышц, дистальной арефлексией; полиневритический тип нарушения чувствительности. Со слов больного, у его 14-летней дочери очень слабые кисти.

Поставьте топический диагноз?

*Эталон ответа:*

Поражены периферические нервы верхних и нижних конечностей.

#### **Задание 39.**

На приеме женщина 39-ти лет – жалобы на быструю утомляемость жевательной мускулатуры и мышц век («во второй половине дня я не могу открыть глаза, они закрываются и все...»). Впервые обратила внимание на наличие признаков заболевания на приеме у стоматолога, когда выяснилось, что не может долго сидеть с открытым ртом из-за слабости жевательных мышц.

В неврологическом статусе: полуптоз с двух сторон и слабость жевательной мускулатуры. Явных признаков поражения центральной и периферической нервной системы не выявлено. После выполнения нагрузочных проб (присесть и подняться 20 раз) выявилась слабость круговых мышц глаз, мышц, поднимающих верхнее веко, жевательной мускулатуры. Прозериновая проба быстро привела к полному восстановлению утраченных функций.

Выделите клинические синдромы?

*Эталон ответа:*

Синдром мышечной слабости и патологической мышечной утомляемости.

#### **Задание 40.**

На приеме мужчина 63-х лет с жалобами на нарушение походки, невозможность согнуть стопу, нарушение чувствительности в верхних и нижних конечностях, чувство онемения и пощипывание, поднимающиеся от пальцев к голеням; чувство жжения стоп.

Из анамнеза – длительно страдает сахарным диабетом 2 типа, получает сахароснижающую терапию.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации

безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Неврологический статус: сознание ясное, в пространстве, времени, собственной личности ориентируется, контактен, адекватен. ЧМН: обоняние не изменено, зрачки D=S, фотореакция сохранена, живая, глазные щели D=S, глазодвижение в полном объеме, лицо симметрично, слух не изменен, язык по средней линии. Активные и пассивные движения в норме. Мышечная сила в дистальных отделах верхних конечностях 5 баллов, в нижних конечностях слева снижена до 4 баллов. Снижение силы тыльного сгибания стопы. Нарушение походки по типу ступаж слева. При пальцевом сдавлении в области головки левой малоберцовой кости возникает ощущение «ползания мурашек» по наружной поверхности голени. Глубокие рефлексы с верхних конечностей D=S, живые, без расширения рефлексогенных зон. Сухожильные рефлексы с нижних конечностей снижены, D=S. Патологических стопных знаков нет. Нарушение чувствительности по полиневритическому типу в виде «гольфов» и «перчаток», гипостезия, гипалгезия. ПНП, ПКП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Менингеальных знаков нет. Тазовые функции, со слов пациента, не нарушены.

Обследование: общий холестерин – 4,77 ммоль/л, ТГ – 1,59 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,33 ммоль/л; глюкоза крови – 6,0 ммоль/л. МР-картина дистрофических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника; дорсальных экструзий L5/S1, протрузий L3/4, L4/5 дисков; спондилоартроза на уровне T12-S1 сегментов.

Препараты какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

*Эталон ответа:*

Препараты группы С нейропротективной целью, препараты тиоктовой кислоты с антиоксидантной целью, НПВС с противовоспалительной целью.

#### **Задание 41.**

Юноша 17 лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в стопах ("ощущение поролона под подошвами"). За 3 дня до поступления в стационар утром появились онемение и боли в ногах, постепенно присоединилась слабость в ногах, затем – в руках, позже – в мимических мышцах лица. За 2 недели до госпитализации отмечались насморк и першение в глотке, что на приеме у терапевта в поликлинике было расценено как проявления острой респираторной вирусной инфекции.

При осмотре: Слабость мимических мышц слева, глотание и фонация не нарушены, глоточные рефлексы живые, слабость в ногах до 2-х баллов, в руках – до 3-х баллов, мышечная гипотония, глубокие рефлексы с рук и ног не вызываются, положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по полиневритическому типу. Средняя степень тяжести – 3 стадия по Североамериканской шкале тяжести двигательного дефицита.

Топический диагноз?

*Эталон ответа:*

Поражение периферических нервов верхних и нижних конечностей и левого лицевого нерва демиелинизирующего характера.

#### **Задание 42.**

Женщина 53 лет, по дороге в магазин поскользнулась на гололеде, упала навзничь, ударилась головой об асфальт. Утратила сознание на несколько секунд, плохо помнит, как вышла из подворотни. Была однократная рвота. Доставлена службой скорой помощи в ближайшую больницу. Жалуется на головную боль, головокружение.

При осмотре: сознание ясное, подкожная гематома в задней теменной области. Очаговой и менингеальной симптоматики не определяется. На краниограммах костной патологии не выявлено.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

*Эталон ответа:*

КТ или МРТ головного мозга. Обследования необходимые для исключения сочетанной травмы.

#### **Задание 43.**

Мужчина 50 лет, был избит и ограблен двумя неизвестными. Терял сознание. Точно сказать, сколько времени находился без сознания, не может. Не помнит людей на улице, которые оказывали ему первую доврачебную помощь. Был доставлен в стационар службой скорой помощи, которую вызвали прохожие.

При поступлении сознание ясное, пациент растерян. Испытывает затруднения при произношении слов, речь замедленная. Имеются множественные ушибы и ссадины на лице и на волосистой части головы. Определяется шаткость походки.

При неврологическом осмотре выявляется акцент рефлексов справа, сглаженность правой носогубной складки. Менингеальной симптоматики нет. На рентгенограммах черепа костной патологии не выявляется.

Поставьте предположительный клинический диагноз?

*Эталон ответа:*

ЗЧМТ. Ушиб головного мозга легкой степени.

#### **Задание 44.**

У мальчика 5 лет родители обратили внимание на «переваливающуюся» «утиную» походку, затруднение при вставании из положения сидя без помощи рук, некоторую задержку умственного развития.

При осмотре определяется слабость мышц проксимальных отделов ног и тазового пояса, выражен гиперлордоз, гипотрофия и гипотония мышц бедер, снижение коленных рефлексов, псевдогипертрофия икроножных мышц.

Признаки какого заболевания имеются у больного?

*Эталон ответа:*

Подозрение на миопатию Дюшенна.

#### **Задание 45.**

Больной Н., 39 лет, жалуется на слабость в кистях и стопах, невозможность стоять на пятках. Болен около 15 лет, заболевание развивалось очень медленно.

При осмотре определяется периферический парез кистей и стоп с атрофией и гипотонией мышц, дистальной арефлексией; полиневритический тип нарушения чувствительности. Со слов больного, у его 14-летней дочери очень слабые кисти.

Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

*Эталон ответа:*

Необходимо ЭНМГ и гистологическое исследование пораженных мышц, составление родословной.

#### **Задание 46.**

На приеме женщина 43-х лет – при поднятии тяжести внезапно почувствовала простреливающую боль в поясничной области с последующей иррадиацией по передней и латеральной поверхности левой ноги до пальцев стопы, усиливающуюся при физической нагрузке, кашле, нахождении в вынужденном положении. Из анамнеза: боли в пояснице периодически беспокоят в течение 1,5 лет.

При осмотре: ограничение подвижности в поясничном отделе из-за болевого синдрома. Сколиоз поясничного отдела позвоночника. Выраженный дефанс длинных мышц спины. Синдром Ласега 20° - слева, 65° – справа. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей живые, D=S, коленные рефлексы живые, D=S, ахилловы – S<D. Гипестезия по передне-латеральной поверхности правого бедра, голени, левой стопы (по корешковому типу в зоне L5-S1).

Наиболее вероятный диагноз?

*Эталон ответа:*

Радикулопатия L5-S1 слева на фоне парамедианной грыжи диска LV-SI с выраженным мышечно-тоническим, болевым синдромами, стадия обострения.

#### **Задание 47.**

На приеме мужчина 65-ти лет – жалобы на слабость, похудание и неловкость в руках, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Указанные симптомы появились около года назад с дистальных отделов рук и постепенно распространились на проксимальные отделы.

При осмотре: мышцы верхних конечностей атрофичны, больше слева, обнаруживаются фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы оживлены с обеих сторон, присутствуют патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3 баллов в левой руке, 3,5 баллов в правой руке, больше в дистальных отделах, до 4 баллов в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

Топический диагноз?

*Эталон ответа:*

Поражение передних рогов спинного мозга на шейном уровне.

#### **Задание 48.**

На приеме мужчина 43-х лет с жалобами на периодически возникающие стреляющие боли по типу «удара током» в области подбородка, нижней челюсти, нижней губы слева, отдающие в левый глаз, зубы. Боли провоцируются приемом пищи, чисткой зубов, разговором, дуновением ветра. Продолжительность приступа 1-2 сек, частота – более 50 раз в сутки.

Данные неврологического осмотра: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Глазодвижение в полном объеме. Зрачки S=D, фотореакция живая. При исследовании поверхностной и глубокой чувствительности на лице нарушений не выявлено. При раздражении триггерной зоны в области нижней губы слева возникает приступ стреляющей боли. Асимметрии лицевой мускулатуры не выявлено. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы живые D=S, без расширения рефлексогенных зон. ПНП, ПКП выполняет без интенции. Менингеальных, патологических стопных знаков не выявлено. Тазовые функции не нарушены.

Предположите наиболее вероятный диагноз?

*Эталон ответа:*

Невралгия левого тройничного нерва, с локализацией боли в зоне иннервации 3 ветви, выраженный болевой синдром.

#### **Задание 49.**

В отделение поступила девочка 13-ти лет: продолжительность заболевания – 5 месяцев. Не понимает обращенную речь, не говорит, не ходит.

Заболела среди полного здоровья с генерализованных судорожных эпилептических приступов. Через 2 месяца развился гиперкинетический синдром: вначале хореический гиперкинез, затем – торсионная дистония. Изменилось поведение: стала неадекватной, неопрятной, перестала понимать обращенную речь. Появилась булимия. До настоящего заболевания девочка была здорова. В 7-летнем возрасте перенесла корь.

Объективно: соматически – без патологии; температура тела субфебрильная.

Неврологический статус: дезориентирована в месте и времени, сенсорно-моторная афазия. Активные движения в конечностях резко ограничены. Сухожильные рефлексы повышены, симптом Бабинского с обеих сторон. Мышечный тонус диффузно повышен по ригидному типу. Разбросанный стереотипный гиперкинез в мышцах лица, туловища, конечностей. Не может высунуть язык, поперхивается во время еды. Выявляются симптомы орального автоматизма.

ЭЭГ – билатеральные синхронные пароксизмы острых и медленных волн.

Определите предположительный диагноз, тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

Предположительный диагноз – Подострый склерозирующий панэнцефалит.

Подлежит направлению на ВТЭК для установления группы инвалидности.

Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами метаболической направленности и немедикаментозные средства – массаж, ЛФК (медицинская реабилитация), медико-профессиональную реабилитацию с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовую реабилитацию (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальную реабилитацию, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 50.**

В отделение поступил мужчина 35-ти лет. Заболел остро в июне во время проведения геологоразведочных работ в таежных районах. Через несколько дней был доставлен в больницу в тяжелом состоянии. Через 1,5 недели общее состояние улучшилось.

При осмотре: дизартрия, дисфагия, фасцикуляции на языке и в мышцах плечевого пояса, слабость в мышцах шеи – "свисающая голова", резко выраженная слабость в руках, низкий мышечный тонус в них, нижние конечности интактны, чувствительность сохранена.

Определите предположительный диагноз,

*Эталон ответа:*

Предположительный диагноз – Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма.

#### **Задание 51.**

В отделение поступил мужчина 27-ми лет с жалобами на интенсивную распирающую головную боль, лихорадку с подъемом температуры тела до 39,2°C, однократную рвоту. За 2 дня до этого отмечал боль в горле и кашель.

При осмотре – общая слабость, бледность кожных покровов, ригидность мышц затылка. На 3-й день после госпитализации развился эпилептический припадок.

В ликворе: белок – 900 мг/л, глюкоза – 120 мг/л, лейкоциты с преобладанием нейтрофилов – 150 в 1 мкл., эритроциты – 3 в 1 мкл, давление 200 мм вод. ст., цвет ликвора мутный.

В дальнейшем у больного развился синдром гиперсекреции антидиуретического гормона, проявляющийся гипонатриемией, гипоосмолярностью крови, повышением относительной плотности мочи, повышенным выделением натрия с мочой.

Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения

*Эталон ответа:*

Этиотропная терапия включает назначение бензилпенициллина от 18 до 48 млн. ЕД в сутки внутривенно. Эффективны также препараты цефалоспоринового ряда, проникающие через гематоэнцефалический барьер – цефотаксим (по 1-2 г каждые 4-12 ч – до 12 г/сут.) и цефтриаксон (до 100 мг/кг/сут. (до 4 г/сут.) 1 раз в сутки) внутривенно.

#### **Задание 52.**

В отделение госпитализирована женщина 37-ми лет с подозрением на менингоэнцефалит – в сознании, в месте и времени ориентирована, эмоционально лабильна. Жалобы на головную боль, повышение температуры тела до 37,8°C, тошноту с периодической рвотой, общую слабость, снижение аппетита.

В неврологическом статусе: недостаточность конвергенции, снижение глоточного рефлекса, глубокие рефлексы с конечностей повышены, больше справа, брюшные рефлексы не вызываются. Выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Исследование крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, вирусы простого герпеса, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр – отрицательно.

Анализ ликвора в день поступления: цитоз 74 в 1 мкл, белок 1,98 г/л. В крови лейкоцитоз 12800 со сдвигом влево. Микроскопия ликвора и посев на бактериальные и грибковые возбудители, микобактерии туберкулеза – отрицательно.

МРТ в T1-ВИ и T2-ВИ с контрастом – интенсивное накопление контраста в проекции субарахноидального пространства мозжечка и супраселлярного пространства.

Повторное исследование ликвора через 10 дней – уменьшение цитоза при сохранении содержания сахара и повышении уровня белка.

В дальнейшем усилилась общемозговая симптоматика, появились признаки поражения черепных нервов, развился правосторонний гемипарез. Состояние прогрессивно ухудшалось и при явлениях отека мозга больная скончалась.

При патологоанатомическом вскрытии обнаружена опухоль в области малой кривизны желудка, которая при гистологическом исследовании оказалась низкодифференцированной аденокарциномой.

Вероятный диагноз? Дайте обоснование диагноза.

*Эталон ответа:*

Карциноматоз мозговых оболочек (карциноматозный менингит) может быть начальным проявлением системного ракового процесса в 48% случаев. При этом наиболее частыми формами первичного ракового процесса являются поражение молочной железы, легкого и меланома. Для карциноматозного менингита характерно одновременное начало клинических проявлений поражения разных уровней ЦНС с неуклонным прогрессированием: менингеальный синдром, психические нарушения, поражение черепных нервов (чаще – глазодвигательная группа и тройничный), симптомы поражения спинного мозга, эпилептические припадки.

#### **Задание 53.**

В приемном отделении мужчина 39-ти лет в коме. При сборе анамнеза у родственников выяснилось, что неделю назад у него повысилась температура тела до 38,8°C, появились заложенность носа, головная боль. Получал аспирин и ампициллин с профилактической целью. Через 4 дня стал агрессивным, нарушилась ориентировка в месте и времени, был госпитализирован в психиатрический стационар.

В стационаре развился генерализованный эпилептический припадок и появилась неврологическая симптоматика в виде правостороннего спастического гемипареза с преобладанием в руке, афазии с нарушением развернутой спонтанной речи, и резко выраженных косоглазия и дисфагии. В течение последующего дня развилось угнетение сознания до комы (8 баллов по шкале Глазго), переводится в соматический стационар

В анализе ликвора: лимфоцитарный плеоцитоз, повышенный уровень белка и нормальное содержание сахара.

Определите предположительный диагноз.

*Эталон ответа:*

Предположительный диагноз – Герпетический энцефалит, вызванный вирусом простого герпеса 1-го типа.

#### **Задание 54.**

В отделение госпитализирована женщина 24-х лет с жалобами на подъемы температуры до 37,4°C и увеличение лимфоузлов на шее и в области затылка.

Ранее при обследовании в общем анализе крови – увеличение числа лимфоцитов. С подозрением на инфекционный мононуклеоз пациентка была направлена в инфекционную больницу, где был получен отрицательный результат теста на вирус Эпштейна-Барр. После развившегося судорожного припадка и с жалобами на головную боль пациентка была переведена в неврологическую клинику.

В цереброспинальной жидкости выявлено повышение количества лимфоцитов (400 клеток в 1 мл) и содержания белка, незначительное снижение уровня глюкозы. На КТ головного мозга зарегистрированы очаги низкой плотности.



При целенаправленном сборе анамнеза выяснилось, что за полгода до начала заболевания пациентка похудела и значительно потеряла в весе – 15 кг.

Гематологические исследования, в том числе микроскопирование пунктата лимфоузла, исключили заболевание крови. Заключение гематологов: реактивный лимфаденит.

Вероятный диагноз?

*Эталон ответа:*

Предположительный диагноз – Острый ВИЧ-ассоциированный менингоэнцефалит. Представляет собой наиболее тяжелую острую редко возникающую форму первичного поражения ЦНС при ВИЧ-инфекции и связан с прямым поражением клеток головного мозга вирусом иммунодефицита человека. Развитие ВИЧ-менингоэнцефалита может совпадать по времени или предшествовать изменению результатов серологических исследований. Установление диагноза возможно при целостной оценке вирусологического и иммунного статуса пациентки, уточнение факта употребления наркотических средств.

#### **Задание 55.**

В отделение госпитализирован мужчина 39-ти лет – на фоне полного здоровья, без каких-либо предшествующих причин, появилась диффузная головная боль, постепенно усиливающаяся в течение недели. На высоте головной боли отмечал тошноту, в последние 2 дня была рвота. Температура тела повышалась до 37,3-37,4°C.

Раньше подобных головных болей не было. В анамнезе – частые ангины, ОРВИ, туберкулезный бронхоаденит, в детстве дважды перенес пневмонию.

При осмотре – светобоязнь, болезненность движений глазных яблок, двусторонний симптом Кернига. Температура 37,4°C. В соматическом статусе при обследовании легких, сердца и органов брюшной полости патологии не выявлено.

Назовите предположительный диагноз и тактику ведения пациента.

*Эталон ответа:*

Предположительный диагноз – Туберкулезный менингоэнцефалит. Указанные симптомы обусловлены инфекционным синдромом и раздражением мозговых оболочек патологическим процессом.

Особенности ведения пациента заключаются в длительной адекватной противотуберкулезной терапии (аминогликозиды (канамицин, амикацин), изониазид, рифампицин, пиразинамид и протионамид, фторхинолоны) до полной санации ликвора и лечения отека головного мозга.

Реабилитационные мероприятия могут включать назначение препаратов с нейрометаболическим действием, ЛФК, массаж воротниковой зоны. Наблюдение невролога по месту жительства – в течение 2-х лет.

#### **Задание 56.**

На приеме мужчина 29-ми лет – летом прошлого года работал в тайге и перенес заболевание, протекавшее с высокой температурой, сильной головной болью, рвотой, болями в мышцах шеи и плечевого пояса; периодически "терял сознание". Такое состояние сохранялось в течение 2-х недель, потом стал постепенно выздоравливать, но вскоре заметил подергивания мышц в области левого плеча, которые иногда сопровождалось приведением и ротацией плеча кнутри. Подергивания были неритмичными, различной интенсивности, постоянными (исчезали только во время сна).

Через 2 месяца развился эпилептический припадок: усилившиеся судороги в мышцах плеча распространились на предплечье, кисть, левую половину лица, затем – на всю половину туловища. Через 3-4 минуты судороги прекратились и только в левом плече оставались подергивания. Подобные приступы стали повторяться каждые 2-3 месяца, во время некоторых из них судороги распространялись и на правую половину тела с последующей кратковременной утратой сознания.

Поставьте клинический диагноз.

*Эталон ответа:*

Предположительный диагноз – Клещевой энцефалит, поздняя вторично-прогредиентная форма, парциальная эпилепсия с вторичной генерализацией и развитием клонико-тонических больших эпилептических припадков.

#### **Задание 57.**

В отделение госпитализирована женщина 32-х лет – сутки назад отметила остро возникшую головную боль – "как ударило в голову".

При осмотре: сонлива, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского.

Спинальная жидкость: цвет-красный мутный белок 1,65%, давление – 400 мм рт. ст. Реакция Панди +, цитоз – 3 кл/мл (лимфоциты), эритроциты на все поле зрения.

Определите предположительный диагноз, тактику ведения пациента.

*Эталон ответа:*

Клинический диагноз – Субарахноидальное кровоизлияние. Учитывая молодой возраст пациентки, отсутствие указаний на артериальную гипертензию, прием антикоагулянтов или наркотиков, инфекционные или токсические причины развившегося состояния, необходим диагностический поиск возможных причин САК. Ведение пациента в блоке нейрореанимации осуществляется в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. Строгий постельный режим – не менее 3-х недель. В первые 72 часа необходимо решить вопрос о нейрохирургическом вмешательстве.

#### **Задание 58.**

В стационар доставлен мужчина 65-ти лет – 3 дня назад утром, после сна, почувствовал слабость левой руки и ноги, и невращательное головокружение. Слабость прогрессировала и в течение 3-х дней развился паралич левых конечностей. Стал плохо видеть правым глазом.

При осмотре: АД – 110/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой внутренней сонной артерии. Острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,06, Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты.

Опущен левый угол рта, девиация языка влево. Отсутствуют активные движения левых конечностей. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени слева. Глубокие рефлексы с конечностей S>D. Рефлекс Бабинского слева. Гемианестезия слева.

Анализ крови; СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс – 113%, ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, преимущественно в лобной области справа.

Определите предположительный диагноз.

*Эталон ответа:*

Клинический диагноз – Инфаркт мозга (тромбоз правой внутренней сонной артерии), левосторонний спастический гемипарез, амблиопия справа.

#### **Задание 59.**

В стационар доставлен мужчина 27-ми лет в крайне тяжелом состоянии. Со слов родственников – страдал артериальной гипертонией с юношеских лет. 7 дней назад внезапно, потеряв сознание, упал в квартире. Подняться самостоятельно не смог из-за слабости в правых конечностях. С того же дня – речевые нарушения.

Осмотрен на дому неврологом, госпитализирован в местную больницу, на 2-й день выполнена люмбальная пункция. Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный реакция Панди +, белок – 0,3 г/л, цитоз – 5 клеток (лимфоциты).

Несмотря на проводимую терапию, состояние продолжало ухудшаться и после консультации нейрохирурга на 7-й день переведен в клинику.

При поступлении выявлены правосторонняя гемиплегия, моторная афазия, выраженные общемозговые симптомы. Выполненная ЭхоЭГ выявила смещение срединных структур слева направо на 9-10 мм.

Правильной ли была тактика врача на 1-ом этапе?

*Эталон ответа:*

Выполненная люмбальная пункция могла вызвать синдром дислокации с вклинением ствола, т.к. при ЭхоЭГ выявлено смещение срединных структур на 9-10 мм. Поэтому правильное решение заключается в госпитализации больного в многопрофильный стационар для дообследования (ЭхоЭС, РКТ и т.д.) и оказания специализированной помощи.

#### **Задание 60.**

У мужчины 64-х лет в течение полугода развились гипотрофии мышц верхних конечностей, снижение глубоких рефлексов, мышечной силы и фибриллярные подёргивания в мышцах рук. Изменена походка, при ходьбе «тянет» ноги. Резкое повышение глубоких рефлексов и мышечного тонуса на ногах, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

Вероятный диагноз? Какое лечение можно назначить?

*Эталон ответа:*

Боковой амиотрофический склероз. Средством специфической нейропротективной терапии пациентов с БАС является ингибитор высвобождения глутамата рилузол, который увеличивает продолжительность жизни пациентов на 3-6 месяцев. Организация оптимального мультидисциплинарного симптоматического ухода снижает риск смерти в течение 5 лет болезни на 45%.

#### **Задание 61.**

У больного после перенесенного ОНМК отмечается слабость в правых конечностях с ограничением активных движений в них, повышением мышечного тонуса в сгибателях предплечья и разгибателях голени, повышением глубоких рефлексов на правых конечностях, с наличием рефлексов Бабинского и Оппенгейма справа в сочетании с прозопарезом всей правой половины лица и девиацией языка вправо без наличия его атрофий и фибрилляций.

Как называется клинический синдром?

*Эталон ответа:*

Правосторонний центральный гемипарез и поражение центрального мотонейрона правых VII и XII черепных нервов.

#### **Задание 62.**

У молодого человека 22-х лет в течение недели развились слабость во всех конечностях, затруднение ходьбы и самообслуживания. 2 года назад отмечал быстрое снижение остроты зрения на левом глазу с самопроизвольным восстановлением в течение 3-х дней. При осмотре выявляется ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и глубоких рефлексов. Патологические рефлексы Россоломо на кистях, а Бабинского и Оппенгейма на стопах. Функция черепных нервов не нарушена.

Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

Патологический очаг в спинном мозге на уровне верхних шейных сегментов (С1-С4): поражены латеральные пирамидные пути в боковых канатках с обеих сторон.

#### **Задание 63.**

У мужчины 57-ми лет постепенно изменилась походка, стала напоминать ходьбу пьяного, ходит и стоит с широко расставленными ногами, особенно затруднены повороты. Появилась скандированная речь, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во всех конечностях, интенционное дрожание при пальценосовой и пяточно-коленной пробах с двух сторон.

Как называется клинический синдром?

*Эталон ответа:*

Мозжечковая атаксия.

#### **Задание 64.**

У мужчины 57-ми лет постепенно появилась шаткость вправо при ходьбе, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы.

Вероятный диагноз?

*Эталон ответа:*

Спиноцеребеллярная атаксия.

#### **Задание 65.**

В отделение поступила женщина 33-х лет – сегодня днем после физической нагрузки развилась сильная головная боль, была однократная рвота, сознание нарушилось по типу оглушения, чередующегося с приступами двигательного возбуждения.

В течение последнего месяца периодически отмечала двоение предметов при взгляде прямо перед собой и влево и боли в лобно-орбитальной области справа, расширение правого зрачка.

При осмотре через час после поступления: неполный синдром наружной стенки правого кавернозного синуса, мидриаз справа. Глубокие рефлекссы без убедительной сторонности. Признаки фотофобии. Менингеальных симптомов не выявлено. Температура тела нормальная. АД 150/90 мм рт.ст.

Через 3 дня развился левосторонний гемипарез с наличием симптома Бабинского и менингеальных симптомов. Общемозговая симптоматика сохраняется.

Определите предположительный диагноз.

*Эталон ответа:*

Клинический диагноз – Синдром верхней глазничной щели (синдром кавернозного синуса).

#### **Задание 66.**

В отделение доставлен мужчина 52-х лет с жалобами на вращательное головокружение, пошатывание при ходьбе, больше влево, осиплость голоса, поперхивание при проглатывании воды, двоение в вертикальной плоскости.

Из анамнеза – за 1 месяц до этого внезапно почувствовал боль в левой половине головы и в левом глазу, а затем появились перечисленные жалобы. АД было нормальным. Периодически отмечал блестящие зигзаги перед глазами, появилась непреодолимая сонливость днем. На следующий день фотофобия и сонливость исчезли, но выявил снижение чувствительности на левой половине лица и правой половине тела.

В течение 2-3 последующих недель несколько ухудшились фонация и глотание. Отмечал колебания АД (иногда – повышение до 180/100 мм рт.ст.), периодически – учащенное сердцебиение.

При осмотре: слева – легкий птоз и энофтальм, корнеальный рефлекс снижен. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Дисфония, дисфагия. Глоточный рефлекс слева снижен. Гипалгезия левой половины лица в наружных зонах Зельдера и на правой половине туловища и конечностях. Легкая правосторонняя пирамидная недостаточность без патологических рефлексов. Интенция и дисметрия при ПКП и КПП слева. ПТИ – 108%. Глазное дно: признаки ангиопатии.

После лечения неврологическая симптоматика частично регрессировала, однако при физических упражнениях замечал снижение звучности голоса и появление пелены перед глазами.

Определите предположительный диагноз.

*Эталон ответа:*

Клинический диагноз – Инфаркт левой половины продолговатого мозга (тромбоз интракраниального отдела левой позвоночной артерии в месте отхождения задней нижней артерии мозжечка). Преходящие расстройства обусловлены кратковременным ухудшением кровоснабжения соответствующих областей мозга.

#### **Задание 67.**

На приеме женщина 32-х лет с жалобами на резкие жгучие боли в области левой ладони, уменьшающиеся лишь при обертывании кисти влажной салфеткой.

1 месяц назад во время мытья окна повредила верхнюю треть левого предплечья разбитым стеклом. Сразу после травмы возникло ограничение активных движений пальцев левой кисти. Амбулаторное лечение без эффекта. Спустя месяц появились указанные боли.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено, функции черепных нервов не нарушены. Определяется ограничение сгибания 1-2-го и отчасти – 3-го пальцев левой кисти. Затруднено сжатие пальцев в кулак, не может противопоставить большой палец остальным. Атрофированы мышцы возвышения большого пальца. Снижена чувствительность на ладонной поверхности 1-3-го пальцев. Наблюдается отечность тыльной поверхности левой кисти, она холодная и влажная на ощупь. Ногти тусклые, ломкие. Кисть имеет форму "обезьяней". Рефлексы с бицепса и трицепса вызываются, карпорадиальный справа – снижен.

Чем объяснить своеобразие боли и вазомоторно-трофические расстройства в области левой кисти?

Эталон ответа:

Своеобразные жгучие боли, так называемые "каузалгические" и вазомоторно-трофические расстройства обусловлены повреждением симпатических волокон в составе срединного нерва.

#### **Задание 68.**

На приеме мужчина 37-ми лет, водитель. В течение 4-х лет периодически беспокоят боли в пояснице. Три дня назад, после поднятия тяжести, возникли стреляющие боли в поясничной области и по задне-наружной поверхности правой ноги. Боли усиливаются при движениях в поясничном отделе позвоночника, кашле, чихании.

Объективно: сколиоз поясничного отдела вправо, движения в поясничном отделе ограничены из-за боли. Правый ахиллов рефлекс отсутствует. Снижена сила в разгибателе большого пальца правой стопы. Гипестезия по наружному краю и тылу стопы во всех пальцах, кроме большого. Болезненность при пальпации остистых отростков L4-L5, паравертебральных точек на этом уровне (больше справа) и точек Валле справа. Симптом Ласега "+" справа с 30°.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела в боковой проекции выявлено сужение межпозвонковой щели L4-L5.

Определите предположительный диагноз

Эталон ответа:

Клинический диагноз – Вертеброгенная (дегенерация межпозвонкового диска) радикулопатия L5-S1 справа, вялый парез разгибателя большого пальца правой стопы, болевой и мышечно-тонический синдромы с нарушением статокинетической функции позвоночника.

#### **Задание 69.**

На приеме мужчина 36-ти лет обратился с таким анамнезом: 3 месяца назад перенес травму с вывихом правого плечевого сустава, после вправления вывиха движения руки не восстановились.

При осмотре: активные движения правого плечевого сустава резко отграничены из-за слабости, не может согнуть правое предплечье в локтевом суставе, движения в лучезапястном суставе сохранены. Выявляется атрофия дельтовидной и двуглавой мышц справа. Рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы не вызывается. Снижена чувствительность на наружной поверхности надплечья, плеча и предплечья справа.

Определите предположительный диагноз.

*Эталон ответа:*

Клинический диагноз – Травматическая плечевая плексопатия справа с поражением корешков С5-С6 (паралич Дюшенна-Эрба), вялый парез дельтовидной и двуглавой мышц.

#### **Задание 70.**

В отделение доставлен мужчина 52-х лет с жалобами на чувство "ползания мурашек" в кистях и стопах, пошатывание при ходьбе, особенно в темноте, значительное ухудшение памяти на текущие события, которые развились подостро. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

При осмотре: мышечная сила в дистальных отделах рук и ног снижена до 4-х баллов. Коленные и ахилловы рефлексы не вызываются. В пробе Ромберга с закрытыми глазами – резкая шаткость. Гипестезия в дистальных отделах рук и ног – от локтевых и коленных суставов. Снижено мышечно-суставное чувство в пальцах ног.

С каким заболеванием проводить дифференциальный диагноз?

*Эталон ответа:*

Необходимо провести дифференциальный диагноз с синдромом Гийена-Барре (основные отличия – нарастание симптомов до 4-х недель, повышение уровня белка в ликворе, превалирование демиелинизации по данным ЭНМГ, положительный прогноз)

#### **Задание 71.**

На приеме женщина 23-х лет с жалобами на то, что правый глаз плохо закрывается, рот "перекосило" в левую сторону, пища застревает между правой щекой и деснами, жидкая пища выливается из правого угла рта.

Три дня назад в течение 2-х часов ехала в автобусе лицом по ходу движения у открытого окна, расположенного справа от нее. Утром обнаружила указанные жалобы, но обратилась только на 3-й день.

При осмотре – асимметрия лица, на правой половине лба кожные складки сглажены, правый глаз шире левого, слезится, реже мигает. Правая носогубная складка сглажена, рот "перетянут" влево. При зажмуривании глаз вертикальные складки правой брови не образуются. Правая бровь кверху не поднимается. Правый глаз не закрывается. При оскаливании зубов рот и нос перетягиваются влево, надуть щеки и посвистеть не может, правая щека парусит. Вкус на языке не нарушен

Исследование электровозбудимости мимических мышц изменений не выявило.

Определите предположительный диагноз.

*Эталон ответа:*

Клинический диагноз – Нейропатия правого лицевого нерва, острый период, прозоплегия. Поражение лицевого нерва в данном случае обусловлено ухудшением микроциркуляции и отеком оболочек нерва в шилососцевидном отверстии по механизму туннельного синдрома вследствие локального переохлаждения. Причиной может быть врожденная узость шилососцевидного отверстия пирамиды височной кости, что устанавливается при проведении МРТ.

#### **Задание 72.**

В стационар доставлен мужчина 27-ми лет в крайне тяжелом состоянии. Со слов родственников – страдал артериальной гипертонией с юношеских лет. 7 дней назад внезапно, потеряв сознание, упал в квартире. Подняться самостоятельно не смог из-за слабости в правых конечностях. С того же дня – речевые нарушения.

Осмотрен на дому неврологом, госпитализирован в местную больницу, на 2-й день выполнена люмбальная пункция. Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный реакция Панди +, белок – 0,3 г/л, цитоз – 5 клеток (лимфоциты).

Несмотря на проводимую терапию, состояние продолжало ухудшаться и после консультации нейрохирурга на 7-й день переведен в клинику.

При поступлении выявлены правосторонняя гемиплегия, моторная афазия, выраженные общемозговые симптомы. Выполненная ЭхоЭГ выявила смещение срединных структур слева направо на 9-10 мм.

Определите синдромологический диагноз.

*Эталон ответа:*

Синдромы – спастическая гемиплегия, моторная афазия, нарушение сознания, общемозговой синдром.

### **Задание 73.**

На приеме женщина 42-х лет с жалобами на то, что в течение 3-4-х лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. К врачу сначала не обращалась, стала прикладывать телефонную трубку к левому уху и старалась, чтобы собеседник находился слева. В последнее время стали беспокоить приступы вращательного головокружения, неустойчивость при ходьбе, неловкость в правых конечностях. Последнее время наблюдалась у невролога по месту жительства с диагнозом "энцефалопатия".

Определите топический диагноз.

*Эталон ответа:*

Топический диагноз – поражение преддверно-улиткового нерва и мозжечковых путей справа в области мосто-мозжечкового угла.

### **Задание 74.**

Сын привел свою мать 52-х лет к неврологу консультативной поликлиники. Со слов сына – мать стала многословной, часто рассказывает анекдоты скабрёзного содержания, стала отличаться повышенным аппетитом, часто – необоснованно повышенное настроение. Последнее время наблюдалась у невролога по месту жительства с диагнозом "энцефалопатия".

При осмотре выявлена двухсторонняя аносмия, в остальном неврологический статус без особенностей.

Определите предположительный диагноз.

*Эталон ответа:*

Предположительный диагноз – Опухоль основания передней черепной ямки с ростом из ольфакторных ямок (менингиома).

### **Задание 75.**

В отделение поступила женщина 49-ти лет с постоянной формой фибрилляции предсердий – самостоятельно прекратила лечение антиаритмическими препаратами и через несколько дней внезапно утратила понимание речи (могла произнести несколько понятных фраз и весьма бегло воспроизводила звуки, но была не в состоянии выполнять простейшие приказы или повторить простые предложения, попытки чтения вызывали у нее негативизм и возбуждение.

На МРТ выявлен очаг в левой височной области.

Определите предположительный диагноз. Лечение.

*Эталон ответа:*

Предположительный диагноз – Инфаркт мозга в корковых ветвях левой СМА (кардиоэмболический), сенсорная афазия.

Лечение в данном случае должно включать мероприятия вторичной профилактики инсульта (непрямые оральные антикоагулянты, при невозможности – антиагреганты), препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, занятия с логопедом.

## ОПК-4

### Задания закрытого типа: *ВСЕГО 25 заданий*

**Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием:

- 1) нижней спастической параплегии
- 2) бульбарных расстройств
- 3) экстрапирамидных нарушений**
- 4) синдрома Броун-Секара

*Эталон ответа: 3) экстрапирамидных нарушений*

**Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Двигательные и чувствительные нарушения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлены поражением:

- 1) головного мозга
- 2) спинного мозга
- 3) корешков и периферических нервов
- 4) верно 1) и 2)
- 5) всего перечисленного**

*Эталон ответа: 5) всего перечисленного*

**Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Тип расстройства чувствительности при рассеянном склерозе:

- 6) полиневропатический
- 7) мононевропатический
- 8) сегментарно-диссоциированный
- 9) сегментарно-корешковый
- 10) проводниковый**

*Эталон ответа: 5) проводниковый*

**Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для рассеянного склероза характерны:

- 1) ретробульбарный неврит зрительного нерва
- 2) спастическая кривошея
- 3) мозжечковая атаксия
- 4) сенсорная афазия
- 5) императивные позывы на мочеиспускание
- 6) верно 1,3,5**

*Эталон ответа: 6) верно 1,3,5*

**Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Злокачественные формы рассеянного склероза обычно вызваны поражением:

- 1) левой височной доли
- 2) левой лобной доли
- 3) левой теменной доли
- 4) ствола головного мозга**
- 5) спинного мозга

*Эталон ответа: 4) ствола головного мозга*

**Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для миопатии?

- 1) псевдогипертрофии;
- 2) крыловидные лопатки;
- 3) осиная талия;
- 4) атрофия мышц плечевого и тазового пояса;
- 5) стопа Фридрейха;
- 6) снижение и исчезновение коленных рефлексов;



- 7) качественные изменения электровозбудимости;
- 8) фибриллярные подергивания.
- 9) верно 1,2,3,4,6**
- 10) верно 1,3,4,5,6,7

*Эталон ответа: 9) верно 1,2,3,4,6*

**Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для невральной амиотрофии Шарко-Мари?

- 1) бутылкообразная деформация ног;
- 2) псевдогипертрофии;
- 3) атрофия мышц плечевого и тазового пояса;
- 4) стопа Фридрейха;
- 5) фибриллярные подергивания мышц;
- 6) крыловидные лопатки;
- 7) снижение коленных и ахилловых рефлексов;
- 8) количественные изменения электровозбудимости;
- 9) качественные изменения электровозбудимости.

**10) верно 1,4,5,7,9**

11) верно 5,6,7,8,9

*Эталон ответа: 10) верно 1,4,5,7,9*

**Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Укажите, какие симптомы характерны для прогрессирующей мышечной дистрофии?

- 1) снижение тонуса мышц;
- 2) креатинурия;
- 3) фибриллярные подергивания мышц;
- 4) утиная походка;
- 5) снижение сухожильных рефлексов;
- 6) снижение интеллекта.

**7) верно 1,2,4,5**

8) верно 1,3,6

*Эталон ответа: 7) верно 1,2,4,5*

**Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Укажите, какие симптомы характерны для семейной спастической параплегии Штрюмпеля?

- 1) гиперрефлексия глубоких рефлексов;
- 2) динамическая атаксия;
- 3) псевдобульбарные симптомы;
- 4) спастическая походка;
- 5) проводниковые расстройства чувствительности;
- 6) повышение мышечного тонуса по пирамидному типу;
- 7) патологические рефлексы Бабинского;
- 8) нарушение функции тазовых органов.

**9) верно 1,4,6,7**

10) верно 1,4,5,6

*Эталон ответа: 9) верно 1,4,6,7*

**Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Основными диагностическими критериями деформирующей мышечной дистонии являются:

- 1) торсионные гиперкинезы мышц туловища, конечностей, головы мышечная дистония**
- 2) гиперрефлексия коленных, ахилловых рефлексов, патологические рефлексы
- 3) нистагм

4) мозжечковые расстройства

Эталон ответа: **1) торсионные гиперкинезы мышц туловища, конечностей, головы**

**Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Основными симптомами паркинсонизма не является:

- 1) ригидность
- 2) тремор покоя
- 3) постурально-кинетический тремор**
- 4) постуральные нарушения
- 5) гипокинезия, брадикинезия, олигокинезия

Эталон ответа: **3) постурально-кинетический тремор**

**Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Характерными симптомами болезни Эрба-Ротта являются:

- 1) атрофии мышц плечевого, тазового пояса
- 2) "крыловидные лопатки"
- 3) "осиная талия"
- 4) гипомимия, лицо «миопата»
- 5) все вышеперечисленные**

Эталон ответа: **5) все вышеперечисленные**

**Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Миастения вызвана поражением:

- 1) периферических нервов
- 2) передних рогов спинного мозга
- 3) передних корешков спинного мозга
- 4) задних рогов спинного мозга
- 5) постсинаптических рецепторов нервно-мышечного синапса**

Эталон ответа: **5) постсинаптических рецепторов нервно-мышечного синапса**

**Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для синдрома Миллера-Фишера характерны:

- 1) мозжечковая атаксия
- 2) бульбарный синдром
- 3) периферический полиневритический синдром
- 4) офтальмоплегия
- 5) острое развитие симптоматики

**6) правильно 1,3,4,5**

Эталон ответа: **6) правильно 1,3,4,5**

**Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие:

- 6) бульбарных расстройств
- 7) тазовых расстройств**
- 8) расстройств глубокой чувствительности
- 9) нарушения аккомодации
- 10) сенсорной атаксии

Эталон ответа: **2) тазовых расстройств**

**Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для алкогольной полинейропатии не характерно:

- 1) преимущественное поражение нижних конечностей
- 2) преимущественное поражение волокон поверхностной чувствительности**
- 3) синдром псевдотабеса
- 4) выраженные трофические расстройства
- 5) мнестические нарушения

Эталон ответа: **2) преимущественное поражение волокон поверхностной чувствительности**

**Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Укажите, какие симптомы характерны для наследственной хорей Гентингтона?

- 1) нарушение интеллектуальных функций;
- 2) гипотония мышц;
- 3) нистагм, скандированная речь, интенционное дрожание;
- 4) неритмичные произвольные движения;
- 5) поражение черепных нервов;
- 6) апатия, суицидальные попытки;
- 7) спастический тонус в конечностях;
- 8) мнестические расстройства.
- 9) верно 1,4,6,8**
- 10) верно 1,2,3

*Эталон ответа:* **9) верно 1,4,6,8**

**Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего:

- 5) первично прогрессирующее
- 6) вторично прогрессирующее с обострениями
- 7) вторично прогрессирующее без обострений
- 8) ремитирующее (волнообразное)**

*Эталон ответа:* **4) ремитирующее (волнообразное)**

**Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Нарушение мочеиспускания в дебюте рассеянного склероза обычно проявляется:

- 6) парадоксальной ишурией
- 7) императивными позывами на мочеиспускание**
- 8) задержкой мочи
- 9) отсутствием ощущения прохождения мочи
- 10) истинным недержанием мочи

*Эталон ответа:* **2) императивными позывами на мочеиспускание**

**Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Признаки, нехарактерные для сосудистого паркинсонизма в отличие от болезни Паркинсона:

- 1) связь с цереброваскулярной патологией
- 2) нарушение ходьбы, при сохранной «велосипедной пробе» в положении лежа
- 3) преимущественное поражение нижней части тела
- 4) выраженный и стойкий эффект леводопы**
- 5) отсутствие гипокинезии

*Эталон ответа:* **4) выраженный и стойкий эффект леводопы**

**Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

К основным симптомам гепатоцеребральной дистрофии не относится:

- 6) пластическая ригидность
- 7) гиперкинезы
- 8) гемипарез**
- 9) снижение интеллекта
- 10) кольцо Кайзера-Флейшера

*Эталон ответа:* **3) гемипарез**

**Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

При болезни Ландузи-Дежерина преобладает поражение:

- 6) дистальных отделов конечностей
- 7) лица**
- 8) плечевого пояса
- 9) плечевого и тазового пояса
- 10) спины

*Эталон ответа: 2) лица*

**Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Нарушение функции тазовых органов в дебюте рассеянного склероза обычно проявляется:

- 1) парадоксальной ишурией
- 2) императивными позывами на мочеиспускание**
- 3) задержкой мочи
- 4) отсутствием ощущения прохождения мочи
- 5) истинным недержанием мочи

*Эталон ответа: 2) императивными позывами на мочеиспускание*

**Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Атипичная форма Фишера острой полинейропатии Гийена-Барре характеризуется:

- 5) поражением языкоглоточного нерва
- 6) двусторонним парезом лицевого нерва
- 7) поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания
- 8) поражением глазодвигательных нервов и атаксией**

*Эталон ответа: 4) поражением глазодвигательных нервов и атаксией*

**Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются:

- 6) выраженность сенсорной атаксии
- 7) выраженность болевого синдрома
- 8) тяжесть вялых параличей конечностей
- 9) черный цвет кала
- 10) красный цвет мочи**

*Эталон ответа: 5) красный цвет мочи*

## Вопросы для собеседования и ситуационные задачи: **ВСЕГО 75 ЗАДАНИЙ**

### **Задание 1.**

У больного выявлены гипотрофии мышц верхних конечностей, снижение глубоких рефлексов, мышечной силы и фибриллярные подёргивания в мышцах рук. Изменена походка, при ходьбе «тянет» ноги. Резкое повышение глубоких рефлексов и мышечного тонуса на ногах, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Смешанный тетрапарез (вялый верхний парапарез и спастический нижний парапарез) – синдром БАС.

2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне шейного утолщения C5-Th2 сегментов: поражены передние рога и латеральные пирамидные пути в боковых столбах.

### **Задание 2.**

У больного после перенесенного ОНМК отмечается слабость в правых конечностях с ограничением активных движений в них, повышением мышечного тонуса в сгибателях предплечья и разгибателях голени, повышением глубоких рефлексов на правых конечностях, с наличием рефлексов Бабинского и Оппенгейма справа в сочетании с прозопарезом всей правой половины лица и девиацией языка вправо без наличия его атрофий и фибрилляций.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Правосторонний центральный гемипарез и поражение центрального мотонейрона правых VII и XII черепных нервов.

2. Поражена левая внутренняя капсула.

### **Задание 3.**

У больного выявлена слабость во всех конечностях, затруднение ходьбы и самообслуживания. При осмотре – ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и глубоких рефлексов. Патологические рефлексы Россолимо на кистях, а Бабинского и Оппенгейма на стопах. Функция черепных нервов не нарушена.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Спастический тетрапарез.

2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне верхних шейных сегментов (C1-C4): поражены латеральные пирамидные пути в боковых канатках с обеих сторон.

### **Задание 4.**

У больного изменилась походка, стала напоминать ходьбу пьяного, ходит и стоит с широко расставленными ногами, особенно затруднены повороты. Появилась скандированная речь, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во всех конечностях, интенционное дрожание при пальценосовой и пяточно-коленной пробах с двух сторон.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Мозжечковая атаксия.

2. Поражены оба полушария мозжечка.

### **Задание 5.**

Больного при ходьбе шатает вправо, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Правосторонняя мозжечковая атаксия.
2. Поражено правое полушарие мозжечка.

#### **Задание 6.**

Больной при ходьбе чрезмерно поднимает ноги, с изменённой силой опускает их. При закрывании глаз выраженность нарушений походки резко усиливается.

1. Как называется походка, для какого клинического синдрома она характерна?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. «Штампующая» походка характерная для сенситивной атаксии.
2. Возникает при поражении задних канатиков спинного мозга, периферических нервов, медиальной петли, зрительного бугра, в которых проходят проводящие пути глубокой чувствительности.

#### **Задание 7.**

У больного изменилась походка (стало тянуть вперёд), появилась скованность во всём теле, стало трудно менять позу, начать движение или остановиться во время движения. Появился мелкий тремор в пальцах рук в покое. При осмотре: парезов конечностей нет, мышечный тонус повышен по типу «зубчатого колеса».

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Акинетико-ригидный синдром.
2. Поражена экстрапирамидная система, черная субстанция, nigrostriарные нейроны.

#### **Задание 8.**

У больного наблюдаются насильственные, резкие, бросковые, крупно-амплитудные движения с вращательным компонентом в проксимальных отделах правой руки и правой ноги.

1. Как называется двигательный синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Гемибаллизм, как вид экстрапирамидного гиперкинеза.
2. Поражено субталамическое ядро Льюиса.

#### **Задание 9.**

Пациент, 58 лет, обратился к неврологу с жалобами на общую скованность, замедленность движений в конечностях, мелкоамплитудное дрожание в руках в покое по типу «счета монет».

Из анамнеза известно: считает себя больным в течение 4 лет, когда постепенно возникло дрожание в левой руке, скованность движений в левом плечевом поясе, через несколько месяцев пациент заметил скованность в левой ноге, затруднения при начале движения, с последующим переходом симптомов на правые конечности.

При осмотре: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Гипомимия. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Тонус в конечностях повышен по типу «зубчатого колеса», больше слева. Тремор кистей по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях. Гипокинезия, микрография, шаркающая походка, ахейрокинез.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснуйте поставленный диагноз?
3. Составьте план обследования для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Болезнь Паркинсона, смешанная форма с преимущественным вовлечением левых конечностей, 2 степень тяжести (по Хен-Яр).

2. 1. На основании имеющегося у пациента синдрома паркинсонизма в виде гипокинезии, мышечной ригидности, тремора покоя.

2. Подтверждающих критериев болезни Паркинсона: тремора покоя, одностороннего начала заболевания, постоянной асимметрии с более выраженными симптомами на стороне тела, с которой началось заболевание, а также прогрессирующее течение болезни.

3. Отсутствия критериев исключения болезни Паркинсона.

3. 1. Леводопа-тест – для подтверждения диагноза болезни Паркинсона и поражения черной субстанции (смысл пробы - улучшение дофаминергической передачи в nigrostriатном тракте при получении предшественников дофамина извне).

2. Методы нейровизуализации (КТ, МРТ) – для исключения патологий, ведущих к развитию вторичного паркинсонизма (объемные образования, ишемические и геморрагические инсульты, посттравматические и воспалительные изменения).

3. ПЭТ с флюородопой – для прижизненной оценки структурно-функциональных изменений в экстрапирамидной системе.

#### **Задание 10.**

Студент 20 лет обратился в поликлинику с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). Известно, что с 10 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза.

Объективно врачом выявлено: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный тремор при выполнении координационных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

1. Назовите топический диагноз?
2. Назовите феномен, который был обнаружен при осмотре офтальмологом?
3. Какой наиболее вероятный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для подтверждения диагноза?

*Эталон ответа:*

1. Поражены базальные ганглии, мозжечок.

2. Кольца Кайзера-Флейшера, феномен обусловлен отложением меди в десцеметовой мембране внутреннего слоя роговицы глаза.

3. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-ригидная форма). Вильсоновский гепатит.

4. Определение уровня меди в крови и моче, уровня церулоплазмينا в крови, лабораторное исследование функции печени, УЗИ органов брюшной полости, биопсия печени, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, генетическое исследование пациента и обследование сибсов (если есть).

#### **Задание 11.**

Больного беспокоят приступы генерализованных судорог, которые начинаются с поворота головы и глаз вправо, после чего он теряет сознание и падает.

1. Как называется клинический синдром?
2. Какова локализация патологического очага?

*Эталон ответа:*

1. Генерализованный судорожный припадок с фокальным компонентом в виде поворота головы и глаз вправо.
2. Поражена левая лобная доля, задний отдел средней лобной извилины, где расположен центр сочетанного поворота головы и глаз.

#### **Задание 12.**

Больной эйфоричен, не оценивает свое состояние, дурашлив, снижена память, склонен к плоским островам, неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлекс орального автоматизма, хватательные рефлекс.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Синдром «лобного поведения и лобной психики».
2. Поражена лобная доля головного мозга.

#### **Задание 13.**

Больной не узнает части своего тела, путает правую половину с левой, ощущает наличие третьей руки, не осознает проявления своего заболевания в виде гемиплегии и утверждает, что двигает парализованными конечностями.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где локализуется патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Расстройство схемы тела: аутопагнозия, псевдомелия, анозогнозия.
2. Поражена теменная доля правого полушария головного мозга у правшей.

#### **Задание 14.**

У больного практически полностью отсутствует речь, на все вопросы отвечает одним словосочетанием: «да-да-да», но задаваемые инструкции понимает и правильно их выполняет.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где локализуется патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Синдром тотальной моторной афазии.
2. Поражена левая лобная доля в заднем отделе нижней лобной извилины, центр Брока.

#### **Задание 15.**

У больного определяются нарушения речи в виде «салата из слов», плохого понимания обращенной речи, невыполнения инструкций из-за непонимания. В то же время привычные словосочетания (например, собственные фамилию, имя, отчество) проговаривает без затруднений и правильно. В речи много не существующих в природе слов.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где локализуется патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Синдром сенсорной (акустико-гностической) афазии.
2. Поражена левая височная доля в заднем отделе верхней височной извилины, центр Вернике.

#### **Задание 16.**

У больного справа отмечается не смыкание век, невозможность поднять бровь, отставание угла рта при разговоре и улыбке. Слева – центральная гемиплегия.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Альтернирующий паралич Мийяр-Гублера.



2. Очаг в Варолиевом мосту справа, где поражено ядро лицевого нерва и пирамидный путь.

#### **Задание 17.**

У больного атрофия и фибриллярные подёргивания мышц левой половины языка, при высовывании он отклоняется влево, речь нарушена по типу дизартрии. Справа спастический гемипарез.

1. Назовите клинический синдром?
2. Где локализация очага поражения?

*Эталон ответа:*

1. Альтернирующий паралич Джексона.
2. Очаг в продолговатом мозге слева, где поражено ядро подъязычного нерва и пирамидный путь.

#### **Задание 18.**

У больного изменилась речь, стало трудно выговаривать слова, голос с носовым оттенком, поперхивание при глотании, мягкое нёбо при фонации неподвижно, глоточный рефлекс отсутствует, атрофия и фибрилляции мышц языка с обеих сторон.

1. Назовите клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

*Эталон ответа:*

1. Бульбарный (периферический) паралич мышц языка, мягкого неба, гортани и глотки.
2. Поражение ядер IX-X-XII пар ЧН в продолговатом мозге.

#### **Задание 19.**

Пациент, 55 лет, обратился к неврологу с жалобами на слабость в верхних и нижних конечностях, которые беспокоят в течение 2-х лет.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Бицепс-рефлекс живой, D=S, трицепс- и карпо-радиальный рефлекс снижены, D=S. Рефлексы с нижних конечностей – высокие, с расширением рефлексогенных зон и клонусом стоп D=S. Гипотрофия и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса. Сила в верхних конечностях снижена до 4 баллов, в нижних – до 3 баллов. Мышечный тонус в верхних конечностях снижен, в нижних – повышен по типу «складного ножа». Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и определите их предположительные результаты?
3. Укажите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии, определите их цель и предполагаемые результаты?

*Эталон ответа:*

1. Шейная миелопатия вследствие срединной грыжи диска C7-C8 3-й степени с умеренным вялым параличом верхних конечностей и выраженным спастическим параличом нижних конечностей

2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ шейного отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени, на которой вероятно обнаружение срединной грыжи диска C7-C8, 3-й степени, смещающая спинной мозг кзади. В связи с этим компрессируются передние отделы спинного мозга (передние рога, передние канатики), что приводит к нарушению двигательной функции.

3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства.

2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.

3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.

#### **Задание 20.**

Мужчина 45 лет ремонтировал крышу загородного дома, не удержался и упал. Самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами и сказал, что ног не чувствует. Жена вызвала скорую помощь. При осмотре выявлен нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня Т9.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие правила транспортировки в данной ситуации?
3. Какие обследования необходимо провести?

*Эталон ответа:*

1. Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне Т8.

2. Транспортировка осуществляется лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, подложенным под поясницу валиком, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.

3. МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника, рентгенографию ребер, обследование для исключения повреждения внутренних органов.

#### **Задание 21.**

Женщина 73-х лет поступила в приемное отделение в 17:00 с жалобами на слабость и онемение в правой руке, асимметрию лица, нарушение речи.

Из анамнеза: длительно страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. Две недели назад остро возникли пекущие боли в области сердца, одышка при ходьбе, однако за медицинской помощью не обратилась. Резкое ухудшение состояния отмечает с 15:00 сегодняшнего дня, когда внезапно появились вышеуказанные жалобы, нарушилась речь, по поводу чего дочерью была вызвана бригада "скорой помощи": АД = 130/70 мм рт.ст., ЧСС 68 ударов в минуту, ЧДД 18 в минуту; температура тела 36,7°C; глюкоза крови по данным глюкометра - 5,1 ммоль/л; ЭКГ - единичные экстрасистолы, был выполнен Тгортест - получен сомнительный результат.

При осмотре в приемном отделении дежурным неврологом: элементы моторной афазии, асимметрия лица в виде сглаженности носогубной складки, опущения угла рта справа, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексы с рук живые D>S, с расширением рефлексогенных зон, с ног – живые, D=S. Мышечный тонус в правой руке повышен по спастическому типу. Мышечная сила в правой руке - 2 балла. Положительные симптомы орального автоматизма. Чувствительных расстройств нет. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту? Обоснуйте их.
3. Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?

*Эталон ответа:*

1. Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, кардиоэмболический патогенетический подтип по TOAST. Элементы моторной афазии. Брахицефальный синдром справа.

2. 1. Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутричерепного кровоизлияния.

2. ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).

3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.

4. Троп-тест (экстренно) - для исключения кардиальной патологии (инфаркт миокарда).

5. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, К крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

6. МРТ головного мозга (первые 3 суток) – для подтверждения наличия очага ишемии.

3. 1. Консультация кардиолога для подтверждения кардиоэмболической природы инсульта (инфаркт миокарда), подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии.

2. Консультация логопеда для коррекции речевых расстройств.

3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

4. Консультация кинезиотерапевта - для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК.

5. Консультация эрготерапевта - для максимальной социальной и бытовой адаптации.

### **Задание 22.**

Больной Н., 63 года, длительно страдает артериальной гипертензией. После подъема АД до 210/100 мм рт.ст. остро возникла головная боль в затылочной области, тошнота, однократная рвота, шаткость при ходьбе, головокружение. Доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение.

При осмотре: пациент сонлив, быстро истощает при контакте, лицо гиперемировано. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Разнонаправленный крупноразмашистый нистагм. Сухожильные рефлексы высокие, S>D, с расширением рефлексогенных зон. Положительный симптом Бабинского слева. Правосторонняя гемиатаксия.

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту, обоснуйте их.

3. Укажите, консультации специалистов, необходимые при данной патологии, определите их цель.

*Эталон ответа:*

1. Геморрагический инсульт с кровоизлиянием в правое полушарие мозжечка, вследствие гипертонической болезни III степени. Общемозговой синдром. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Правосторонняя гемиатаксия.

2. 1. Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутричерепного кровоизлияния.

2. ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).

3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.

4. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, К крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

3. 1. Консультация нейрохирурга cito – для решения вопроса об оперативном лечении.

2. Консультация кардиолога для подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии (артериальной гипертензии).

3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

4. Консультация кинезиотерапевта – для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК, коррекции дисфагии.

5. Консультация эрготерапевта – для максимальной социальной и бытовой адаптации.

6. Консультация логопеда – для коррекции дизартрии и дисфагии.

### **Задание 23.**

У пациентки К. 25-ти лет после интенсивной тренировки возникла острейшая головная боль, тошнота, рвота, двоение при взгляде вправо, психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания. Доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи.

При осмотре: сонлива, на вопросы отвечает односложно, с запозданием. Лицо гиперемировано. АД при измерении 190/100 мм.рт.ст. При осмотре: расходящееся косоглазие слева. Положительные симптомы Бехтерева слева, Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту, обоснуйте их?

3. Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?

*Эталон ответа:*

1. Субарахноидальное кровоизлияние, вследствие разрыва аневризмы левой задней соединительной артерии. Общемозговой синдром. Парез левого глазодвигательного нерва.

2. 1. Выполнение КТ головного мозга и КТ-ангиография – для подтверждения субарахноидального кровоизлияния и визуализации его источника.

2. Транскраниальная доплерография – для определения локализации сосудистого спазма и динамики его развития.

3. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, АлТ, АсТ, билирубин, глюкоза крови) – для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

4. МРТ головного мозга – для исключения очага ишемии, определения динамики субарахноидального кровоизлияния в подостром и хроническом периодах.

5. ЭхоКГ, ЭКГ - для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, диагностики сопутствующей кардиальной патологии (инфаркт миокарда).

6. Люмбальная пункция – для подтверждения наличия субарахноидального кровотечения.

3. 1. Консультация нейрохирурга – для решения вопроса об оперативном лечении.

2. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

3. Консультация эрготерапевта – для максимальной социальной и бытовой адаптации.

4. Консультация кардиолога – для коррекции уровня АД.

### **Задание 24.**

Женщина 74-х лет, обратилась к врачу по поводу прогрессирующего снижения памяти на текущие события. Отмечает забывчивость уже в течение нескольких лет, за это время непрерывно нарастает. При беседе – больная в ясном сознании, контактна, несколько растеряна и беспокойна, правильно ориентирована в месте, но ошибается при назывании точной даты. Часто жалуется на плохую память; она не помнит, что куда положила, о чем разговаривала с домашними, с трудом припоминает имена внуков, которые живут отдельно. Иногда испытывает также затруднения при подборе нужного слова в разговоре, назывании предметов. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженные нарушения памяти, умеренные нарушения гнозиса, праксиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Локализация поражения?

2. Предварительный клинический диагноз?

### 3. Дополнительные исследования?

*Эталон ответа:*

1. височная доля (гиппокамп) и задние отделы теменной доли доминантного полушария.
2. Болезнь Альцгеймера.
3. МРТ головного мозга.

### **Задание 25.**

Мужчина 65-ти лет предъявляет жалобы на слабость, похудение рук и неловкость в них, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Указанные проявления стал отмечать около 1 года назад с дистальных отделов рук, постепенно они распространились и на проксимальные отделы.

При осмотре: гипотрофия мышц верхних конечностей, больше слева, частые фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы повышены с обеих сторон, выявляются патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3-х баллов в левой руке, 3,5 баллов – в правой, больше в дистальных отделах, и до 4-х баллов – в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. План обследования?

*Эталон ответа:*

1. Поражение передних рогов спинного мозга на шейном уровне.
2. Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.
3. ЭНМГ (предполагается – поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (предполагается – мутация СОД-1).

### **Задание 26.**

Мужчина 59-ти лет в течение последних 15 лет страдает артериальной гипертензией со средним уровнем АД 180-200/110-120 мм рт.ст. Регулярного лечения не получал. В последние годы появились и нарастают по выраженности нарушения памяти и внимания, неразборчивость речи, пошатывание и падения при ходьбе, недержание мочи.

При осмотре: заторможен, самостоятельно жалоб не предъявляет, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: рефлексы орального автоматизма, насильственный смех и плач, высокие симметричные сухожильные рефлексы, симптом Бабинского с двух сторон, легкая гипокинезия и повышение мышечного тонуса по пластическому типу в нижних конечностях, походка на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы постуральной неустойчивости, псевдобульбарный, пирамидная недостаточность в нижних конечностях, умеренных когнитивных нарушений.
2. Лобные доли с 2-х сторон и их связи с подкорковыми образованиями.
3. Сосудистая деменция.
4. МРТ головного мозга, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.

### **Задание 27.**

Мужчина 58 лет жалуется на снижение памяти, сложность выполнения умственной работы, головные боли, нарушения сна. Считает себя больным в течение последних 6 месяцев после смерти жены. Снижение памяти и головные мешают больному справляться со своими профессиональными обязанностями и общаться с людьми. Головные боли ощущает постоянно, они средней интенсивности, носят сжимающий характер.

При осмотре – подавлен, вял, несколько заторможен. Правильно ориентирован в месте и времени. При исследовании эмоционального статуса выявляются значительное снижение фона настроения. Отчётливых нарушений праксиса, гнозиса и речи не выявляется. Интеллектуальные операции замедленны. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Предварительный клинический диагноз?
2. Дополнительные исследования?
3. Лечение?

*Эталон ответа:*

1. Синдром депрессии. Головная боль мышечного напряжения.
2. Консультация психотерапевта.
3. Антидепрессант вальдоксан 25 мг на ночь 3-6 месяцев.

### **Задание 28.**

У 52-х летней женщины в течение последних 8 месяцев развились прогрессирующая деменция, атактическая походка, повышение глубоких рефлексов, тремор и миоклонические судороги. Речь стала замедленной и неразборчивой, движения рук неловкими. Ни у кого из членов ее семьи не было дегенеративных неврологических заболеваний. При МРТ патологии не выявлено. ЭЭГ-исследование не выявило расстройство фоновой активности с периодическими острыми разрядами, повторяющимися через один интервал.

Из рассказа родственников установлено, что несколько лет тому назад больная лечилась гормонами роста по поводу неустановленного заболевания. Эндокринологическое исследование патологии не выявило.

Больная умерла от тяжелой аспирационной пневмонии. Патоморфологически выявлены признаки губчатой энцефалопатии.

1. Определите синдромологический, топический диагнозы.
2. Предположительный диагноз.
3. Назовите круг дифференцируемых заболеваний. Обоснуйте диагноз.
4. Укажите путь заражения.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – мозжечковая атаксия, пирамидная недостаточность, апраксия, афазия/дизартрия, миоклонии, деменция.

Топический диагноз – поражение коры больших полушарий и мозжечковых связей.

2. Предположительный диагноз – Болезнь Крейтцфельдта-Якоба.

3. Круг дифференцируемых заболеваний – пресенильная деменция, болезни Альцгеймера и Пика, хорея Гентингтона, гепатоцеребральная дегенерация, миоклонус-эпилепсия, лейкоэнцефалит.

Диагностика базируется на выявлении быстро прогрессирующей деменции с дезинтеграцией всех высших корковых функций – корковых нарушений речи, зрения, праксиса, когнитивных нарушений и нарушений поведения, пирамидных и экстрапирамидных нарушений, мозжечковой дисфункции, эпилептических припадков (миоклонус), факте применения гормона роста. Определенный диагноз болезни Крейтцфельдта-Якоба устанавливается после патоморфологического исследования.

4. Путь заражения – болезнь Крейтцфельдта-Якоба может быть генетически обусловленной, может иметь спорадический характер или вызываться прионной инфекцией, передающейся пероральным путем через зараженную пищу (мясо крупного

рогатого скота) и при ятрогенных воздействиях. В данном случае следует предполагать заражение при применении гормона роста.

### **Задание 29.**

В клинику в крайне тяжелом состоянии доставлен молодой человек 29-ти лет. Со слов родственников – страдал артериальной гипертонией с юношеских лет. 7 дней назад в квартире внезапно потерял сознание, упал. Подняться самостоятельно не смог из-за слабости в правых конечностях. С того же дня – речевые нарушения.

Осмотрен на дому неврологом, госпитализирован в местную больницу, на 2 день выполнена люмбальная пункция. Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный реакция Панди +, белок – 0,3 г/л, цитоз – 5 клеток (лимфоциты).

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного продолжало ухудшаться и после консультации нейрохирурга на 7-й день переведен в клинику.

При поступлении выявлены правосторонняя гемиплегия, моторная афазия, выраженные общемозговые симптомы. Выполненная ЭхоЭГ выявила смещение срединных структур слева направо на 9-10 мм.

1. Обоснуйте топический и клинический диагноз?
2. Правильной ли была тактика врача на 1-ом этапе? Если нет, то постарайтесь изложить Вашу.

*Эталон ответа:*

1. У больного геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с интрацеребральной гематомой.

2. Выполненная люмбальная пункция могла вызвать синдром дислокации с вклинением ствола, т.к. при ЭхоЭГ выявлено смещение срединных структур на 9-10 мм. Поэтому правильное решение заключается в госпитализации больного в многопрофильный стационар для дообследования (ЭхоЭС, РКТ и т.д.) и оказания специализированной помощи.

### **Задание 30.**

По скорой помощи в приемное отделение поступил мужчина 75-ти лет – длительно страдает артериальной гипертензией, неделю назад, после подъема АД до 180/100 мм.рт.ст., возникли жалобы на онемение левой половины тела.

При осмотре: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без особенностей. Гипестезия левой половины тела. Сухожильные рефлексы с конечностей живые D=S. Мышечная сила и тонус не изменены. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту? Обоснуйте их.
3. Укажите, консультации специалистов, необходимые при данной патологии, определите их цель.

*Эталон ответа:*

1. Ишемический инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии с формированием лакунарного инфаркта в правом таламусе на фоне гипертонической болезни; изолированная гемигипестезия слева.

2. 1.Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутричерепного кровоизлияния.  
2.ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и и экстракраниальном уровне).

3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.

4. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, К крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

5. МРТ головного мозга (первые 3 суток) – для подтверждения наличия очага ишемии.

3. 1. Консультация кардиолога для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, подбора антигипертензивной терапии.

2. Консультация психотерапевта и психолога - для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

### **Задание 31.**

Больная, 73 года, поступила в приемное отделение в 17:00 с жалобами на: слабость и онемение в правой руке, асимметрию лица.

Из анамнеза – пациентка длительно страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 200\110 мм.рт.ст. Две недели назад остро возникли пекущие боли в области сердца, одышка при ходьбе, однако за медицинской помощью не обратилась. Резкое ухудшение состояния отмечает с 15:00 сегодняшнего дня, когда внезапно, появились вышеуказанные жалобы, нарушилась речь, по поводу чего дочерью была вызвана бригада скорой помощи: АД = 130/70 мм рт.ст., ЧСС- 68 ударов в минуту, ЧДД -18 в минуту; температура тела=36,7 \*С; глюкоза крови по данным глюкометра - 5,1 ммоль/л; по данным электрокардиограммы (ЭКГ) - единичные экстрасистолы, был выполнен ТгорТест - получен сомнительный результат.

Осмотр дежурным неврологом: элементы моторной афазии, асимметрия лица в виде сглаженности носогубной складки, опущения угла рта справа, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексы с рук живые D>S, с расширением рефлексогенных зон, с ног – живые, D=S. Мышечный тонус в правой руке повышен по спастическому типу. Мышечная сила в правой руке - 2 балла. Положительные симптомы орального автоматизма. Чувствительных расстройств нет. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту? Обоснуйте их.

3. Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?

*Эталон ответа:*

1. Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, кардиоэмболический патогенетический подтип по TOAST. Элементы моторной афазии. Брахиоцефальный синдром справа.

2. 1. Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутричерепного кровоизлияния.

2. ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и и экстракраниальном уровне).

3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.

4. Троп-тест (экстренно) - для исключения кардиальной патологии (инфаркт миокарда).

5. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, К крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

6. МРТ головного мозга (первые 3 суток) – для подтверждения наличия очага ишемии.

3. 1. Консультация кардиолога для подтверждения кардиоэмболической природы инсульта (инфаркт миокарда), подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии.

2. Консультация логопеда для коррекции речевых расстройств.

3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.



4. Консультация кинезиотерапевта - для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК.

5. Консультация эрготерапевта - для максимальной социальной и бытовой адаптации.

### **Задание 32.**

Пациент, 35 лет, обратился к неврологу с жалобами на периодически возникающие приступы потери сознания, с судорогами, прикусыванием языка. Приступу предшествует возникающее за несколько часов немотивированное изменение настроения, сложные слуховые галлюцинации в виде зрительных картин, предчувствие грядущего приступа. Частота приступов 4-5 раз в неделю.

Из анамнеза заболевания: 3 месяца назад попал в драку, получил удары по голове, вскоре после этого появились вышеуказанные жалобы.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план обследования пациента?
3. Перечислите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии?

*Эталон ответа:*

1. Симптоматическая височная эпилепсия с частыми сложными парциальными припадками с психо-сенсорной и слуховой аурой с частой вторичной генерализацией.

2. 1. МРТ, КТ головного мозга - для подтверждения очагового поражения головного мозга, приводящего к раздражению задней и боковой части височной доли.

2. ЭЭГ – для выявления эпилептической активности.

3. ЭКГ – для выявления сопутствующей кардиальной патологии.

4. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевины и креатинина, Алт, АсТ, билирубин, глюкоза крови) – для выявления сопутствующей соматической патологии.

3. 1. Консультация нейрохирурга – для решения вопроса об оперативном лечении.

2. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

### **Задание 33.**

Женщина 27-ми лет привела на осмотр к педиатру своего единственного 6-тилетнего сына. У мальчика нарушилась походка, во время активных игр стал падать, плохо поднимается по лестнице.

При осмотре врач выявил: резко выраженный лордоз, атрофию мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Мальчик использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексy снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте 16ти лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.

2. Что такое приемы Говерса?

3. Тип наследования данного заболевания?

4. Какие дополнительные методы обследования необходимы?

5. Нужно ли обследовать других членов семьи и зачем?

*Эталон ответа:*

1. Прогрессирующая миодистрофия Дюшенна.

2. Специфический способ вставания из положения лежа с использованием туловища как опоры для рук, присущий исключительно пациентам с мышечными дистрофиями.

3. Х-сцепленный рецессивный.

4. ПЦР ДНК диагностика, при невозможности: ЭНМГ, биохимический анализ крови (КФК), биопсия мышц с гистохимическим анализом.

5. Обязательное обследование матери на носительство (ПЦР), если она хочет еще детей.

#### **Задание 34.**

Мужчина 63-х лет длительно страдает артериальной гипертензией. После подъема АД до 210/100 мм рт.ст. остро возникла головная боль в затылочной области, тошнота, однократная рвота, шаткость при ходьбе, головокружение. Доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение.

При осмотре: пациент сонлив, быстро истощаем при контакте, лицо гиперемировано. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Разнонаправленный крупноразмашистый нистагм. Сухожильные рефлексы высокие, S>D, с расширением рефлексогенных зон. Положительный симптом Бабинского слева. Правосторонняя гемиатаксия.

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту, обоснуйте их.
3. Укажите, консультации специалистов, необходимые при данной патологии, определите их цель.

*Эталон ответа:*

1. Геморрагический инсульт с кровоизлиянием в правое полушарие мозжечка, вследствие гипертонической болезни III степени. Общемозговой синдром. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Правосторонняя гемиатаксия.
2. 1. Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутричерепного кровоизлияния.  
2. ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).  
3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.  
4. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, K крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).  
3. 1. Консультация нейрохирурга cito – для решения вопроса об оперативном лечении.  
2. Консультация кардиолога для подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии (артериальной гипертензии).  
3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.  
4. Консультация кинезиотерапевта – для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК, коррекции дисфагии.  
5. Консультация эрготерапевта – для максимальной социальной и бытовой адаптации.  
6. Консультация логопеда – для коррекции дизартрии и дисфагии.

#### **Задание 35.**

У женщины 25-ти лет после интенсивной тренировки в спортзале возникла острейшая головная боль, тошнота, рвота, двоение при взгляде вправо, психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания. Доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи.

При осмотре: сонлива, на вопросы отвечает односложно, с запозданием. Лицо гиперемировано. АД при измерении 190/100 мм.рт.ст. При осмотре: расходящееся косоглазие слева. Положительные симптомы Бехтерева слева, Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту, обоснуйте их?
3. Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?
4. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
5. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Субарахноидальное кровоизлияние, вследствие разрыва аневризмы левой задней соединительной артерии. Общемозговой синдром. Поражение левого глазодвигательного нерва.
2. 1. Выполнение КТ головного мозга и КТ-ангиография – для подтверждения субарахноидального кровоизлияния и визуализации его источника.  
2. Транскраниальная доплерография – для определения локализации сосудистого спазма и динамики его развития.  
3. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, АлТ, АсТ, билирубин, глюкоза крови) – для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).  
4. МРТ головного мозга – для исключения очага ишемии, определения динамики субарахноидального кровоизлияния в подостром и хроническом периодах.  
5. ЭхоКГ, ЭКГ - для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, диагностики сопутствующей кардиальной патологии (инфаркт миокарда).  
6. Лямбальная пункция – для подтверждения наличия субарахноидального кровотечения.
3. 1. Консультация нейрохирурга – для решения вопроса об оперативном лечении.  
2. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.  
3. Консультация эрготерапевта – для максимальной социальной и бытовой адаптации.  
4. Консультация кардиолога – для коррекции уровня АД.
4. 1. Оперативное лечение - с целью выключения аневризмы из работы системного кровотока.  
2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).  
3. Антигипертензивные препараты (преимущественно блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) – для профилактики развития повторных сосудистых событий, снижения уровня АД.  
4. Инфузии 2,5 л физиологического раствора в сутки - с целью профилактики гиповолемии.  
5. Коллоидные растворы – с целью гемодилюции.
5. 1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.  
2. Физиотерапия – после острого периода инсульта.  
3. Работа с эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

### **Задание 36.**

Женщина 24-х лет обратилась в поликлинику с жалобами на слабость в нижних конечностях, больше правой, и возникающие из-за этого частые спотыкания и падения, шаткость при ходьбе, дрожание левой руки при движениях, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Данные симптомы появились сразу после родов две недели назад и с тех пор нарастали.

При осмотре: эмоционально лабильна, несколько эйфорична. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексy

высокие, D>S, клonusы коленных чашечек и стоп. Патологические рефлекс орального автоматизма, Бабинского, Бехтерева с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и мимопромахивание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

1. Укажите топический диагноз?
2. Укажите клинический диагноз?
3. Какие обследования необходимы для подтверждения диагноза?

*Эталон ответа:*

1. Мозжечок, спинной мозг, головной мозг (пирамидный путь и путь поверхностной чувствительности слева).
2. Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.
3. Осмотр, офтальмоскопия, ОАК, ОАМ, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИ в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

### **Задание 37.**

У больного 39-ти лет через 2 недели после "простуды" повысилась температура тела до 38°, появились головная боль, головокружение вращательного характера, слабость в конечностях, онемение в них и на туловище, шаткость, учащенное мочеиспускание.

При осмотре: горизонтальный нистагм, центральный тетрапарез, проводниковый тип нарушения поверхностной и глубокой чувствительности от уровня пупка, статическая и динамическая атаксия в верхних и нижних конечностях, императивные позывы на мочеиспускание.

На МРТ головного мозга: 5 крупных гиперинтенсивных очагов в белом веществе лобных и теменных долей.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, цитоз 156 клеток за счёт лимфоцитов, белок 0,6 г/л.

1. Синдромологический диагноз?
2. Топический диагноз?
3. Охарактеризуйте результаты проведенных исследований?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы: центральный тетрапарез, проводниковое расстройство поверхностной и глубокой чувствительности с уровня T10, мозжечково-сенситивная атаксия, тазовые расстройства.

2. Поражен спинной мозг в грудном отделе (сегменты T6-T7): пирамидные, спиноталамические пути в боковых столбах и пути глубокой чувствительности в задних столбах, мозжечковые пути в спинном и головном мозге.

3. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе (156 клеток) указывает на серозный характер воспаления. Наличие крупных очагов на МРТ характерно для острого воспалительного процесса в головном мозге.

### **Задание 38.**

Больная 34-х лет предъявляет жалобы на затруднение ходьбы из-за шаткости и слабости в ногах, нарушение речи. Болеет около 12 лет, когда перенесла ретробульбарный неврит слева с полным восстановлением зрения через 3 месяца. Через 3 года стала отмечать двоение и шаткость при ходьбе, которые прошли после терапии кортикостероидами. 2 года назад вновь появилась шаткость при ходьбе, к которой присоединилась слабость в ногах, онемение в них и дизартрия. Получала гормональную терапию, но симптоматика постепенно нарастает.

При осмотре – острота зрения OS=0,8; OD=1,0, горизонтальный нистагм, нижний центральный парапарез (мышечная сила – 3 балла) с высоким спастическим мышечным

тонусом, высокими коленными и ахилловыми рефлексамии, патологическими рефлексамии Бабинского с 2-х сторон, мозжечковая атаксия, гипестезия на ногах с уровня коленных суставов и выпадение вибрационной чувствительности на ногах. На момент осмотра отмечается нарастание тяжести симптомов более 2-х месяцев.

На МРТ головного мозга: множество гиперинтенсивных очагов демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга. На глазном дне: бледность дисков зрительных нервов с височных половин.

1. Синдромологический диагноз?
2. Топический диагноз?
3. Охарактеризуйте результаты проведенных исследований?
4. Наиболее вероятный диагноз?
5. Определите тактику ведения пациента?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы: умеренно выраженный нижний спастический парез, мозжечковая атаксия, нарушение поверхностной и вибрационной чувствительности по проводниковому типу, зрительные расстройства (атрофия ДЗН), тазовые расстройства.

2. Поражены в грудном отделе спинного мозга пирамидные пути, вегетативные пути для тазовых органов, спиноталамические пути и пути глубокой чувствительности в задних столбах, а также мозжечок и зрительный нерв.

3. Выявленные на МРТ ГМ множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга, мозжечка и ствола мозга, а также изменения на глазном дне характерны для рассеянного склероза.

4. Рассеянный склероз, вторично-прогредиентное течение, стадия прогрессирования.

5. Лечение: "пульс-терапия" (метилпреднизолон – 1000 мг в/в капельно 3-7 дней), плазмаферез, прямые антиоксиданты ( $\alpha$ -липоевая кислота), возможно применение цитостатиков (митоксантрон).

Для профилактики обострений – превентивная терапия иммуномодуляторами (копаксон, бетаферон, ребиф, авонекс) в период ремиссии.

### **Задание 39.**

Женщина 32-х лет в течение 3-х недель, после перенесенного за 2 недели до этого ОРВИ, отмечала нарастающую слабость в ногах, меньше – в руках, шаткость, легкое онемение в стопах, затем состояние стабилизировалось в течение 6-ти недель, однако затем вновь слабость в конечностях стала усиливаться. За медицинской помощью весь этот период не обращалась.

При осмотре: черепная иннервация не нарушена, слабость в конечностях до 2-х баллов в ногах и 3-х баллов в руках с преобладанием в проксимальных отделах, мышечная гипотония, отсутствие глубоких рефлексов, положительные симптомы Ласега и Вассермана с 2-х сторон, снижение всех видов чувствительности по типу "носков" и "перчаток", шаткость в пробе Ромберга.

1. Топический диагноз?
2. Наиболее вероятный диагноз? Его обоснование.
3. Составьте план обследования пациента?

*Эталон ответа:*

1. Поражение периферических нервов верхних и нижних конечностей демиелинизирующего или аксонального характера.

2. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия с острым началом, умеренно выраженный вялый тетрапарез, синдром сенситивной атаксии, нарушение чувствительности, умеренно тяжелое течение.

Диагноз хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии с острым началом установлен на основании жалоб на постепенно нарастающую слабость в ногах и руках, шаткость, легкое онемение в стопах, повторное усиление слабости в конечностях через 9 недель от начала заболевания и выявленных при осмотре вялого

тетрапареза, нарушения всех видов чувствительности по полиневритическому типу и синдрома сенситивной атаксии.

3. Пациентке рекомендовано:

1. Проведение ЭКГ с целью диагностики поражения вегетативного аппарата сердца;
2. Исследование ликвора с целью выявления белково-клеточной диссоциации;
3. Проведение электронейромиографии с целью выявления признаков демиелинизирующего процесса или аксональной дегенерации;
4. МРТ нервных корешков или сплетений с контрастным усилением с целью выявления признаков воспалительного процесса;
5. Биопсия отдельных нервов с целью выявления признаков демиелинизации и/или ремиелинизации;
6. Обследование у эндокринолога и ревматолога с целью выявления признаков системной патологии (заболеваний эндокринной системы или соединительной ткани).

#### **Задание 40.**

Юноша 17 лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в стопах ("ощущение поролона под подошвами"). За 3 дня до поступления в стационар утром появились онемение и боли в ногах, постепенно присоединилась слабость в ногах, затем – в руках, позже – в мимических мышцах лица. За 2 недели до госпитализации отмечались насморк и першение в глотке, что на приеме у терапевта в поликлинике было расценено как проявления острой респираторной вирусной инфекции.

При осмотре: Слабость мимических мышц слева, глотание и фонация не нарушены, глоточные рефлексы живые, слабость в ногах до 2-х баллов, в руках – до 3-х баллов, мышечная гипотония, глубокие рефлексы с рук и ног не вызываются, положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по полиневритическому типу. Средняя степень тяжести – 3 стадия по Североамериканской шкале тяжести двигательного дефицита.

1. Топический диагноз?
2. Наиболее вероятный диагноз? Его обоснование.
3. Составьте план обследования пациента?

*Эталон ответа:*

1. Поражение периферических нервов верхних и нижних конечностей и левого лицевого нерва демиелинизирующего характера.

2. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (синдром Гийена-Барре), умеренно выраженный периферический тетрапарез, нарушение чувствительности, умеренно тяжелое течение.

Диагноз синдрома Гийена-Барре установлен на основании нарастающей слабости в ногах и руках, прозопареза, боли и онемения в стопах, данных анамнеза – наличие катаральных проявлений со стороны верхних дыхательных путей, предшествовавших развитию неврологических симптомов и выявленных при осмотре периферического тетрапареза, прозопареза слева, нарушений поверхностной и глубокой чувствительности в ногах по полиневритическому типу.

3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭКГ с целью диагностики поражения вегетативного аппарата сердца, исследование ликвора с целью выявления белково-клеточной диссоциации, проведение электронейромиографии с целью выявления признаков демиелинизирующего процесса или аксональной дегенерации.

#### **Задание 41.**

Женщина 53 лет, по дороге в магазин поскользнулась на гололеде, упала навзничь, ударилась головой об асфальт. Утратила сознание на несколько секунд, плохо помнит, как вышла из подворотни. Была однократная рвота. Доставлена службой скорой помощи в ближайшую больницу. Жалуется на головную боль, головокружение.

При осмотре: сознание ясное, подкожная гематома в задней теменной области. Очаговой и менингеальной симптоматики не определяется. На краниограммах костной патологии не выявлено.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Осмотр каких специалистов нужен в данном случае?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

*Эталон ответа:*

1. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга.
2. Невролога, хирурга, терапевта, офтальмолога.
3. КТ или МРТ головного мозга. Обследования необходимые для исключения сочетанной травмы.

#### **Задание 42.**

Мужчина 50 лет, был избит и ограблен двумя неизвестными. Терял сознание. Точно сказать, сколько времени находился без сознания, не может. Не помнит людей на улице, которые оказывали ему первую доврачебную помощь. Был доставлен в стационар службой скорой помощи, которую вызвали прохожие.

При поступлении сознание ясное, пациент растерян. Испытывает затруднения при произношении слов, речь замедленная. Имеются множественные ушибы и ссадины на лице и на волосистой части головы. Определяется шаткость походки.

При неврологическом осмотре выявляется акцент рефлексов справа, сглаженность правой носогубной складки. Менингеальной симптоматики нет. На рентгенограммах черепа костной патологии не выявляется.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

*Эталон ответа:*

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга легкой степени.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.

#### **Задание 43.**

Женщина 39 лет, доставлена в больницу скорой помощи. Известно, что наблюдается у невролога по поводу эпилепсии, принимает антиконвульсанты. На фоне самовольной отмены препаратов развился большой судорожный припадок, во время которого ударилась головой о бордюр тротуара. Сообщила, что страдает эпилепсией с 14 лет. Правильно назвала препараты, которые принимает в связи с основным заболеванием.

При осмотре: заторможена, на вопросы отвечает с некоторой задержкой. Имеется ушибленная рана в правой теменной области, проникающая до кости. При первичной хирургической обработке раны визуализируется перелом правой теменной кости, который подтверждается на рентгенограммах черепа.

В неврологическом статусе выявлены менингеальные симптомы, акцент глубоких рефлексов слева, левосторонний симптом Бабинского.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

*Эталон ответа:*

1. ОЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Перелом правой теменной кости.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.

#### **Задание 44.**

Молодой человек, 23 года, поступил в приемный покой ночью. Обстоятельства травмы не известны. Самостоятельно добрался до дома, но не помнит как. Не помнит, сколько времени находился без сознания. Доставлен в стационар скорой помощью. При осмотре растерян, частично дезориентирован, не интересуется окружающим, повторяет одни и те же вопросы. В приемном покое была многократная рвота. Имеются кровянистые выделения из носа. Определяется парез в правой руке, сухожильные рефлексы повышены

справа, правосторонний симптом Бабинского, симптом Кернига, ригидность затылочных мышц. На КТ обнаружены небольшие очаги разможнения в левых лобной и височной долях. В режиме «костного окна» выявлен перелом основания передней черепной ямки. На третьи сутки отмечено появление «отцветающих» параорбитальных гематом.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

*Эталон ответа:*

1. ОЧМТ. Перелом костей передней черепной ямки. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.

2. ЛП.

#### **Задание 45.**

Мужчина, 35 лет. На производстве упал со стремянки, ударился головой. Придя домой, рассказал о случившемся жене. Так как впереди намечались выходные дни, за медицинской помощью обращаться не стал, сославшись на то, что «отлежится» дома. Жаловался на головную боль, по поводу чего принял «обезболивающее» и лег спать. Жена допоздна «засиделась» у соседки, а вернувшись домой, обнаружила мужа лежащим без сознания на полу. В 2 ч 15 мин был доставлен в стационар вызванной скорой помощью. При поступлении – кома I, правосторонний гемипарез, анизокория S>D. Эхоэнцефалоскопия – смещение М-эха слева направо 10 мм. На краниограммах обнаружен перелом затылочной кости справа.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

*Эталон ответа:*

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением. Острая субдуральная гематома. Перелом затылочной кости справа.

2. ЛП.

#### **Задание 46.**

Пациентка, 37 лет, обратилась к неврологу с жалобами на слабость и повышенную утомляемость мышц, периодическое двоение в глазах, замедление активных движений. Вышеуказанные жалобы нарастают при физической нагрузке и к концу дня. Состояние улучшается после сна или отдыха.

Из анамнеза известно: считает себя больной в течение 3-х лет, когда на последних месяцах беременности появилась слабость в нижних конечностях. После родов состояния ухудшилось, постепенно присоединились вышеуказанные жалобы.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована. Глазодвижение не нарушено, прямая и содружественная реакция зрачка на свет, конвергенцию и аккомодацию сохранна, периодическая диплопия. Положительный тест опущения верхних век. Слабость мимической мускулатуры. Глоточные рефлексы средней живости. Речь, глотание не нарушены. Язык по средней линии. Отмечаются феномены патологической мышечной утомляемости, генерализации мышечной слабости. Мышечная сила в конечностях снижена до 3,5 баллов. Мышечный тонус в руках слегка снижен. Сухожильные рефлексы с конечностей живые D=S, без расширения рефлексогенных зон. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. В позе Ромберга легкая шаткость без сторонности. Менингеальной симптоматики нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и обоснуйте их?

*Эталон ответа:*

1. Миастения, генерализованная, умеренно прогрессирующая форма.

2. 1.Прозериновая проба – для подтверждения снижения холинергической передачи в нервно-мышечном синапсе.



2. Электронейромиография – для подтверждения нарушения нервно-мышечной передачи.
3. КТ или МРТ переднего средостения - для исключения опухоли вилочковой железы (тимомы).
4. Определение антитела к рецепторам ацетилхолина.
5. Антитела к рецепторам ацетилхолина – для подтверждения аутоиммунного генеза миастении и обоснования нарушения нервно-мышечной передачи.
6. Иммунограмма 2 типа – для оценки состояния иммунной системы, вовлеченности в аутоиммунный процесс.

По данным расчета, первичная заболеваемость миастенией в данном регионе составляет 0,0051‰, что практически равно среднестатистическому показателю.

#### **Задание 47.**

Женщина 28 лет, после медицинского аборта, стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век.

При неврологическом осмотре: 2-хсторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие пробы необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?

*Эталон ответа:*

1. Миастения. Глазная форма (класс I).
2. Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость (фиксированный взгляд вверх), фармакологическую пробу (с прозеринном).
3. ЭНМГ, уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам, МРТ средостения (для выявления тимомы).

#### **Задание 48.**

У мальчика 5 лет родители обратили внимание на «переваливающуюся» «утиную» походку, затруднение при вставании из положения сидя без помощи рук, некоторую задержку умственного развития.

При осмотре определяется слабость мышц проксимальных отделов ног и тазового пояса, выражен гиперлордоз, гипотрофия и гипотония мышц бедер, снижение коленных рефлексов, псевдогипертрофия икроножных мышц.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Признаки какого заболевания имеются у больного?
3. Что поражено?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

*Эталон ответа:*

1. Синдром слабости и гипотрофии проксимальных групп мышц нижних конечностей и псевдогипертрофии икроножных мышц.
2. Подозрение на миопатию Дюшенна.
3. Поражены мышцы нижних конечностей.
4. Для уточнения диагноза необходимо ЭНМГ-исследование ослабленных мышц, биопсия и гистологическое их исследование, составление родословной, КФК крови, цитогенетическое исследование.

#### **Задание 49.**

Больной Н., 39 лет, жалуется на слабость в кистях и стопах, невозможность стоять на пятках. Болен около 15 лет, заболевание развивалось очень медленно.

При осмотре определяется периферический парез кистей и стоп с атрофией и гипотонией мышц, дистальной арефлексией; полиневритический тип нарушения чувствительности. Со слов больного, у его 14-летней дочери очень слабые кисти.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Признаки какого заболевания имеются у больного?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы периферического пареза кистей и стоп с полиневритическим типом расстройства чувствительности.
2. Поражены периферические нервы верхних и нижних конечностей.
3. Подозрение на семейный вариант невральная амиотрофии Шарко-Мари.
4. Необходимо ЭНМГ и гистологическое исследование пораженных мышц, составление родословной.

#### **Задание 50.**

Больная К., 35 лет, жалуется на быструю утомляемость жевательной мускулатуры и мышц век («во второй половине дня я не могу открыть глаза, они закрываются и все...»). Впервые обратила внимание на наличие признаков заболевания на приеме у стоматолога, когда выяснилось, что не может долго сидеть с открытым ртом из-за слабости жевательных мышц.

В неврологическом статусе: полуптоз с двух сторон и слабость жевательной мускулатуры. Явных признаков поражения центральной и периферической нервной системы не выявлено. После выполнения нагрузочных проб (присесть и подняться 20 раз) выявилась слабость круговых мышц глаз, мышц, поднимающих верхнее веко, жевательной мускулатуры. Прозериновая проба быстро привела к полному восстановлению утраченных функций.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Признаки какого заболевания имеются у больного?
4. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

*Эталон ответа:*

1. Синдром мышечной слабости и патологической мышечной утомляемости.
2. Поражение мышечных ацетилхолиновых рецепторов.
3. Подозрение на миастению.
4. Для уточнения диагноза необходимо ЭМГ, КТ средостения для исключения опухоли вилочковой железы, определение антител к АХ-рецепторам.

#### **Задание 51.**

Мужчина, 68 лет, обратился к врачу с жалобами на нарушение походки. Невозможность согнуть стопу. Нарушение чувствительности в верхних и нижних конечностях. Чувство онемения и пощипывание, поднимающиеся от пальцев к голеням; чувство жжения стоп.

Из анамнеза известно, что пациент длительно страдает сахарным диабетом 2 типа, получает сахароснижающую терапию.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Неврологический статус: сознание ясное, в пространстве, времени, собственной личности ориентируется, контактен, адекватен. ЧМН: обоняние не изменено, зрачки D=S, фотореакция сохранена, живая, глазные щели D=S, глазодвижение в полном объеме, лицо симметрично, слух не изменен, язык по средней линии. Активные и пассивные движения в

норме. Мышечная сила в дистальных отделах верхних конечностях 5 баллов, в нижних конечностях слева снижена до 4 баллов. Снижение силы тыльного сгибания стопы. Нарушение походки по типу ступаж слева. При пальцевом сдавлении в области головки левой малоберцовой кости возникает ощущение «ползания мурашек» по наружной поверхности голени. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних конечностей D=S, живые, без расширения рефлексогенных зон. Сухожильные рефлексы с нижних конечностей снижены, D=S. Патологических стопных знаков нет. Нарушение чувствительности по полиневритическому типу в виде «гольфов» и «перчаток», гипостезия, гипалгезия. ПНП, ПКП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Менингеальных знаков нет. Тазовые функции, со слов пациента, не нарушены.

В анализах: общий холестерин – 4,77 ммоль/л, ТГ – 1,59 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,33 ммоль/л; глюкоза крови – 6,0 ммоль/л. МР-картина дистрофических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника; дорсальных экстрозий L5/S1, протрузий L3/4, L4/5 дисков; спондилоартроза на уровне Th 12-S1 сегментов.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

*Эталон ответа:*

1. Нейропатия малоберцового нерва слева. Диабетическая полинейропатия верхних и нижних конечностей (сенсомоторная форма), стадия динамического ухудшения.
2. Диагноз нейропатии малоберцового нерва слева установлен на основании жалоб больного на невозможность согнуть стопу, данных неврологического осмотра (снижение силы тыльного сгибания стопы. Нарушение походки по типу ступаж слева. При пальцевом сдавлении в области головки левой малоберцовой кости возникает ощущение «ползания мурашек» по наружной поверхности голени). Диагноз диабетической полинейропатии установлен на основании жалоб пациента на нарушение чувствительности в верхних и нижних конечностях, чувство жжения стоп. Анамнеза заболевания (пациент длительно страдает сахарным диабетом 2 типа). Данных неврологического осмотра: нарушение чувствительности по полиневритическому типу в виде «гольфов» и «перчаток», гипостезия, гипалгезия.
3. Пациенту рекомендовано: электронейрография для установления уровня поражения нервного ствола. УЗИ малоберцового нерва для подтверждения клинического диагноза, выявления структуры нервного ствола и расположенных с ним структур.

#### **Задание 52.**

Больной М., 42 года. Поступил в клинику с жалобами на ползание мурашек в кистях и стопах, пошатывание при ходьбе, особенно в темноте, значительное ухудшение памяти на текущие события, которые развились подостро. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

Объективно: проба Ромберга с закрытыми глазами – резкая шаткость. Мышечная сила в дистальных отделах рук и ног снижена до 4-х баллов. Гипестезия дистальных в отделах рук и ног – от локтевых и коленных суставов. Снижено мышечно-суставное чувство в пальцах ног. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют.

1. Какие синдромы поражения нервной системы выявляются у больного?
2. Клинический диагноз?

*Эталон ответа:*

1. Неврологическое обследование выявляет нарушение поверхностной чувствительности по полиневритическому типу, амнестический синдром Корсакова, грубые нарушения глубокой чувствительности и сенситивная атаксия.

2. Указание в анамнезе на хронический алкоголизм позволяет расценить заболевание как алкогольную полинейропатию, которая развивается вследствие поражения внутренних органов, в первую очередь печени и ведет к дефициту тиамина и других витаминов группы

"В". Наступающие метаболические сдвиги обуславливают разрушение миелина и дегенерацию аксонов.

### **Задание 53.**

Больная 25-ти лет, обратилась с жалобами на то, что правый глаз плохо закрывается, рот "перекосило" в левую сторону, пища застревает между правой щекой и деснами, жидкая пища выливается из правого угла рта.

Три дня назад в течение 1,5 часов ехала в электричке лицом по ходу поезда у открытого окна, расположенного справа от нее. Утром обнаружила указанные жалобы, но обратилась только на 3-й день.

При осмотре обнаружена асимметрия лица, на правой половине лба кожные складки сглажены, правый глаз шире левого, слезится, реже мигает. Правая носогубная складка сглажена, рот "перетянут" влево. При зажмуривании глаз вертикальные складки правой брови не образуются. Правая бровь кверху не поднимается. Правый глаз не закрывается. При оскаливании зубов рот и нос перетягиваются влево, надуть щеки и посвистеть не может, правая щека парусит.

Исследование электровозбудимости мимических мышц изменений не выявило.

1. Где локализуется патологический очаг?
2. О каком процессе следует думать?

*Эталон ответа:*

1. Поражение правого лицевого нерва при выходе его из шилососцевидного отверстия пирамиды височной кости.
2. Невропатия правого лицевого нерва, врожденная узость шилососцевидного отверстия.

### **Задание 54.**

Больной 35-ти лет, шофер. В течение 4-х лет периодически беспокоят боли в пояснице. Три дня назад, после поднятия тяжести, возникли стреляющие боли в поясничной области и по задне-наружной поверхности правой ноги. Боли усиливаются при движениях в поясничном отделе позвоночника, кашле, чихании.

Объективно: сколиоз поясничного отдела вправо, движения в поясничном отделе ограничены из-за боли. Правый ахиллов рефлекс отсутствует. Снижена сила в разгибателе большого пальца правой стопы. Гипестезия по наружному краю и тылу стопы во всех пальцах, кроме большого. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела в боковой проекции выявлено сужение межпозвонковой щели L4-L5.

1. Ваше мнение о локализации процесса?
2. Определите клинический диагноз заболевания?

*Эталон ответа:*

1. Боль по задней и наружной поверхности правой ноги, отсутствие ахиллова рефлекса, снижение силы в разгибателе большого пальца, гипестезия стопы указывают на вовлечение в процесс корешков L5-S1 справа.
2. Хроническое рецидивирующее течение заболевания, двухфазность развития болевого синдрома (сначала люмбагия, затем корешковая боль), анталгическая поза, бирадикулярный синдром, сужение межпозвонковой щели L4-L5 позволяют расценить процесс как остеохондроз поясничного отдела позвоночника (дегенерация межпозвонкового диска), боковую грыжу диска L4-L5 с синдромом компрессии корешков L5-S1.

### **Задание 55.**

Больного И., 45 лет, беспокоят слабость и боли в кистях и предплечьях, стопах и голенях, онемение в них, возникшие постепенно. Много лет страдает сахарным диабетом.

В неврологическом статусе: атрофия мышц кистей и стоп, снижена сила в них до 3 баллов, снижен мышечный тонус. Отсутствуют рефлекс карпорадиальные на руках и ахилловы на ногах. Гипестезия в дистальных отделах конечностей. Положителен симптом

Ласега с обеих сторон под углом 60°. Кожа кистей и стоп сухая, истонченная, ногти ломкие, тусклые.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Поставьте клинический диагноз?
4. Назначьте дополнительные методы обследования?

*Эталон ответа:*

1. Периферический парез кистей и стоп, полиневритический тип расстройств чувствительности и вегетативно-трофические расстройства в них.
2. Поражены периферические нервы на верхних и нижних конечностях.
3. Диабетическая полиневропатия.
4. ЭНМГ верхних и нижних конечностей.

#### **Задание 56.**

Мужчина, 47 лет, обратился к неврологу с жалобами на стреляющие боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, распространяющиеся по задне-наружной поверхности правой ноги до мизинца, усиливающиеся при физической нагрузке, кашле, нахождении в вынужденном положении. Из анамнеза заболевания: боли в пояснице периодически беспокоят в течение 4 лет. Три дня назад, после поднятия тяжести, появились вышеуказанные жалобы.

При осмотре: ограничение подвижности в поясничном отделе из-за болевого синдрома. Выраженный дефанс длинных мышц спины. Синдром Ласега 30° - справа, 60° – слева. Ахиллов рефлекс снижен справа. Сила в разгибателе большого пальца правой стопы снижена. Гипестезия по задне-наружной поверхности правого бедра, голени, латеральному краю и мизинцу правой стопы.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и определите их предположительные результаты?
3. Укажите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии, определите их цель и предполагаемые результаты?

*Эталон ответа:*

1. Радикулопатия S1, справа, на фоне боковой грыжи диска LV-SI с выраженным мышечно-тоническим, болевым синдромами, стадия обострения.

2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени. Вероятно обнаружение боковой грыжи диска LV-SI, компрессирующей SI-корешок справа.

3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства. При отсутствии абсолютных показаний (нарушение тазовых функций), ожидаются рекомендации по продолжению консервативного лечения. Если последнее неэффективно в течение 3 месяцев, выявляются парезы или параличи, атрофия мышц, решается вопрос об оперативном лечении.

2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.

3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.

#### **Задание 57.**

Пациентка, 52 года, при поднятии тяжести внезапно почувствовала простреливающую боль в поясничной области с последующей иррадиацией по передней и латеральной поверхности левой ноги до пальцев стопы, усиливающуюся при физической нагрузке, кашле, нахождении в вынужденном положении. Обратилась к неврологу по месту жительства. Из анамнеза заболевания: боли в пояснице периодически беспокоят в течение 1,5 лет.

При осмотре: ограничение подвижности в поясничном отделе из-за болевого синдрома. Сколиоз поясничного отдела позвоночника. Выраженный дефанс длинных мышц спины. Синдром Ласега 20° - слева, 65° – справа. Сухожильные рефлексy с верхних конечностей живые, D=S, коленные рефлексy живые, D=S, ахилловы – S<D. Гипестезия по передне-латеральной поверхности правого бедра, голени, левой стопы (по корешковому типу в зоне L5-S1).

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и определите их предположительные результаты?
3. Укажите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии, определите их цель и предполагаемые результаты?

*Эталон ответа:*

1. Радикулопатия L5-S1 слева на фоне парамедианной грыжи диска LV-SI с выраженным мышечно-тоническим, болевым синдромами, стадия обострения.

2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени, на котором вероятно обнаружение парамедианной грыжи диска LV-SI, компрессирующей L5 и S1-корешки слева.

3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства. При отсутствии абсолютных показаний (нарушение тазовых функций), ожидаются рекомендации по продолжению консервативного лечения. Если последнее неэффективно в течение 3 месяцев, выявляются парезы или параличи, атрофия мышц, решается вопрос об оперативном лечении.

2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.

3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.

#### **Задание 58.**

Мужчина 62 лет предъявляет жалобы на слабость, похудание и неловкость в руках, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Данные симптомы появились около года назад с дистальных отделов рук и постепенно распространились на проксимальные отделы.

При осмотре: мышцы верхних конечностей атрофичны, больше слева, обнаруживаются фасцикуляции в них. Глубокие рефлексy оживлены с обеих сторон, присутствуют патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3 баллов в левой руке, 3,5 баллов в правой руке, больше в дистальных отделах, до 4 баллов в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. План обследования?

*Эталон ответа:*

1. Поражение передних рогов спинного мозга на шейном уровне.

2. Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.

3. ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).

#### **Задание 59.**

Мужчина 45 лет, обратился к неврологу с жалобами на периодически возникающие стреляющие боли по типу «удара током» в области подбородка, нижней челюсти, нижней губы слева, отдающие в левый глаз, зубы. Боли провоцируются приемом пищи, чисткой

зубов, разговором, дуновением ветра. Продолжительность приступа 1-2 сек, частота – более 50 раз в сутки.

Данные неврологического осмотра: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Глазодвижение в полном объеме. Зрачки S=D, фотореакция живая. При исследовании поверхностной и глубокой чувствительности на лице нарушений не выявлено. При раздражении триггерной зоны в области нижней губы слева возникает приступ стреляющей боли. Асимметрии лицевой мускулатуры не выявлено. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы живые D=S, без расширения рефлексогенных зон. ПНП, ПКП выполняет без интенции. Менингеальных, патологических стопных знаков не выявлено. Тазовые функции не нарушены.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

*Эталон ответа:*

1. Невралгия левого тройничного нерва, с локализацией боли в зоне иннервации 3 ветви, выраженный болевой синдром.

2. Диагноз установлен на основании:

- 1) Жалоб больного на наличие повторяющихся кратковременных (секунды) пароксизмов интенсивной боли стреляющего характера в зоне иннервации одной ветви тройничного нерва, провоцирующиеся жеванием, разговором, чисткой зубов, дуновением ветра.
- 2) Наличия триггерной зоны в области нижней челюсти слева.
- 3) Отсутствия нарушения поверхностной чувствительности на лице, что исключает диагноз невралгии тройничного нерва.
- 4) Отсутствии другой очаговой симптоматики.

3. Пациенту рекомендовано выполнение: Магнитно-резонансной томографии головного мозга с контрастированием для выявления нейроваскулярного конфликта, консультация нейрохирурга – для определения показаний к оперативному лечению.

#### **Задание 60.**

В стационар поступила пациентка 14-ти лет: продолжительность заболевания на момент поступления – 5 месяцев. Не понимает обращенную речь, не говорит, не ходит.

Заболевание началось среди полного здоровья с генерализованных судорожных эпилептиформных приступов. Через 2 месяца развился гиперкинетический синдром: вначале хореический гиперкинез, затем – торсионная дистония. Изменилось поведение: стала неадекватной, неопрятной, перестала понимать обращенную речь. Появилась булимия. До настоящего заболевания девочка была здорова. В 7-летнем возрасте перенесла корь.

Объективно: соматически – без патологии; температура тела субфебрильная.

Неврологический статус: дезориентирована в месте и времени, сенсорно-моторная афазия. Активные движения в конечностях резко ограничены. Сухожильные рефлексы повышены, симптом Бабинского с обеих сторон. Мышечный тонус диффузно повышен по ригидному типу. Разбросанный стереотипный гиперкинез в мышцах лица, туловища, конечностей. Не может высунуть язык, поперхивается во время еды. Выявляются симптомы орального автоматизма.

ЭЭГ – билатеральные синхронные пароксизмы острых и медленных волн.

1. Определите синдромологический диагноз,
2. топический диагноз,
3. предположительный диагноз.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – псевдобульбарный, сенсорно-моторная афазия, спастический тетрапарез, гиперкинетический синдром (хорея, торсионная дистония), изменение сознания (нарушение ориентации в месте и времени), нарушение поведения.

2. Топический диагноз – поражение коры больших полушарий.

3. Предположительный диагноз – Подострый склерозирующий панэнцефалит.

**Задание 61.**

В отделение поступил мужчина 35-ти лет. Заболел остро в июне во время проведения геологоразведочных работ в таежных районах. Через несколько дней был доставлен в больницу в тяжелом состоянии. Через 1,5 недели общее состояние улучшилось.

При осмотре: дизартрия, дисфагия, фасцикуляции на языке и в мышцах плечевого пояса, слабость в мышцах шеи – "свисающая голова", резко выраженная слабость в руках, низкий мышечный тонус в них, нижние конечности интактны, чувствительность сохранена.

1. Определите синдромологический диагноз,
2. топический диагноз,
3. предположительный диагноз,
4. дополнительные методы исследования.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – бульбарный, верхний вялый глубокий парализ, парез шейных мышц.
2. Топический диагноз – поражение передних рогов шейного утолщения и С1-С4 сегментов спинного мозга, ядер ЧН в продолговатом мозге (IX, X, XII).
3. Предположительный диагноз – Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма.
4. Диагностика включает серологический метод (метод парных сывороток) с определением нарастания титра антител в реакциях РТГА (реакция торможения геммагглютинации) и ИФА (иммуноферментный анализ) с интервалом в 2 недели, ПЦР крови и ликвора.

**Задание 62.**

В отделение поступил военнослужащий 49-ти лет с жалобами на шаткость при ходьбе и преходящее двоение. В последнее время злоупотреблял алкоголем.

При осмотре в день госпитализации: выраженная мозжечковая атаксия, интенционный тремор, рефлекторная пирамидная недостаточность с вовлечением надъядерных путей, интеллектуальными и аффективными расстройствами в виде нарушений мышления по лобному типу, предметной и пространственной агнозии, неадекватности поведения, негативизма, аспонтанности.

Ликвор нормальный, признаков внутричерепной гипертензии нет. Общий анализ крови, мочи, биохимия крови без патологии.

МРТ головного мозга – умеренно выраженная наружная атрофия в лобно-теменно-височных отделах и в полушариях мозжечка, очагов демиелинизации не обнаружено.

В последующие 2 недели течение заболевания приняло лавинообразный характер: выросли расстройства лобного типа, прогрессировала экстрапирамидная симптоматика, уровень сознания снизился до сопора с отсутствием контроля за тазовыми органами.

Выполнена ЭЭГ – повторяющаяся трифазная и полифазная активность острой формы амплитудой до 200 мкВ, возникающая с частотой 1,5-2 в секунду.

Через 5 месяцев от начала заболевания пациент скончался.

Посмертное патоморфологическое исследование выявило спонгиозную энцефалопатию в отсутствие каких-либо воспалительных изменений.

1. Определите синдромологический диагноз,
2. топический диагноз,
3. предположительный диагноз,
4. путь заражения,
5. дополнительные методы исследования.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – мозжечковая атаксия, пирамидная недостаточность, апраксия, афазия/дизартрия, деменция, офтальмоплегия, нарушение поведения и сознания.



2. Топический диагноз – поражение коры больших полушарий, мозжечковых связей. среднего мозга (медиальный продольный пучок или ядра глазодвигательных нервов).

3. Предположительный диагноз – Болезнь Крейтцфельда-Якоба. Круг дифференцируемых заболеваний – пресенильная деменция, болезни Альцгеймера и Пика, хорея Гентингтона, гепатоцеребральная дегенерация, энцефалопатия Вернике, лейкоэнцефалит.

4. Путь заражения – болезнь Крейтцфельда-Якоба может быть генетически обусловленной, может иметь спорадический характер или вызываться прионной инфекцией, передающейся пероральным путем через зараженную пищу (мясо крупного рогатого скота) и при ятрогенных воздействиях.

5. Диагностика базируется на выявлении быстро прогрессирующей деменции с дезинтеграцией всех высших корковых функций – корковых нарушений речи, зрения, праксиса, когнитивных нарушений и нарушений поведения, пирамидных и экстрапирамидных нарушений, мозжечковой дисфункции, эпилептических припадков (миоклонус). Определенный диагноз болезни Крейтцфельда-Якоба устанавливается после патоморфологического исследования.

### **Задание 63.**

В отделение поступил мужчина 27-ми лет с жалобами на интенсивную распирающую головную боль, лихорадку с подъемом температуры тела до 39,2°C, однократную рвоту. За 2 дня до этого отмечал боль в горле и кашель.

При осмотре – общая слабость, бледность кожных покровов, ригидность мышц затылка. На 3-й день после госпитализации развился эпилептический припадок.

В ликворе: белок – 900 мг/л, глюкоза – 120 мг/л, лейкоциты с преобладанием нейтрофилов – 150 в 1 мкл., эритроциты – 3 в 1 мкл, давление 200 мм вод. ст., цвет ликвора мутный.

В дальнейшем у больного развился синдром гиперсекреции антидиуретического гормона, проявляющийся гипонатриемией, гипоосмолярностью крови, повышением относительной плотности мочи, повышенным выделением натрия с мочой.

1. Вероятный диагноз?

2. Какую этиологию патологического процесса можно предположить у этого пациента?

*Эталон ответа:*

1. Развитие эпилептического припадков и выявление гиперсекреции антидиуретического гормона указывают на вовлечение в патологический процесс коры полушарий головного мозга и гипоталамуса – менингоэнцефалит.

2. Предполагаемая этиология менингита – пневмококковая. При бактериологическом исследовании ликвора обычно должен быть выявлен возбудитель – пневмококк. Особенности пневмококков создают условия для образования первичного воспалительного очага с развитием бронхита, пневмонии, отита или гайморита. Из первичного очага инфекции возбудитель распространяется гематогенным путем в другие органы с развитием поражения эндокарда, суставов, мозговых оболочек.

### **Задание 64.**

В отделение госпитализирована женщина 37-ми лет с подозрением на менингоэнцефалит – в сознании, в месте и времени ориентирована, эмоционально лабильна. Жалобы на головную боль, повышение температуры тела до 37,8°C, тошноту с периодической рвотой, общую слабость, снижение аппетита.

В неврологическом статусе: недостаточность конвергенции, снижение глоточного рефлекса, глубокие рефлексы с конечностей повышены, больше справа, брюшные рефлексы не вызываются. Выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Исследование крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, вирусы простого герпеса, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр – отрицательно.

Анализ ликвора в день поступления: цитоз 74 в 1 мкл, белок 1,98 г/л. В крови лейкоцитоз 12800 со сдвигом влево. Микроскопия ликвора и посев на бактериальные и грибковые возбудители, микобактерии туберкулеза – отрицательно.

МРТ в T1-ВИ и T2-ВИ с контрастом – интенсивное накопление контраста в проекции субарахноидального пространства мозжечка и супраселлярного пространства.

Повторное исследование ликвора через 10 дней – уменьшение цитоза при сохранении содержания сахара и повышении уровня белка.

В дальнейшем усилилась общемозговая симптоматика, появились признаки поражения черепных нервов, развился правосторонний гемипарез. Состояние прогрессивно ухудшалось и при явлениях отека мозга больная скончалась.

При патологоанатомическом вскрытии обнаружена опухоль в области малой кривизны желудка, которая при гистологическом исследовании оказалась низкодифференцированной аденокарциномой.

1. Вероятный диагноз? Дайте обоснование диагноза.
2. Диагностические исследования.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

*Эталон ответа:*

1. Карциноматоз мозговых оболочек (карциноматозный менингит) может быть начальным проявлением системного ракового процесса в 48% случаев. При этом наиболее частыми формами первичного ракового процесса являются поражение молочной железы, легкого и меланома.

Для карциноматозного менингита характерно одновременное начало клинических проявлений поражения разных уровней ЦНС с неуклонным прогрессированием: менингеальный синдром, психические нарушения, поражение черепных нервов (чаще – глазодвигательная группа и тройничный), симптомы поражения спинного мозга, эпилептические припадки.

2. В диагностике важное значение имеет выявляемое на МРТ головного и спинного мозга диффузное распространение контрастного вещества по мозговым оболочкам и обнаружение опухолевых клеток в ликворе.

3. Круг дифференцируемых заболеваний – туберкулезный менингоэнцефалит, ВИЧ-энцефалопатия, герпетические энцефалиты, нейросифилис, грибковый энцефалит.

#### **Задание 65.**

В приемном отделении мужчина 39-ти лет в коме. При сборе анамнеза у родственников выяснилось, что неделю назад у него повысилась температура тела до 38,8°C, появились заложенность носа, головная боль. Получал аспирин и ампициллин с профилактической целью. Через 4 дня стал агрессивным, нарушилась ориентировка в месте и времени, был госпитализирован в психиатрический стационар.

В стационаре развился генерализованный эпилептический припадок и появилась неврологическая симптоматика в виде правостороннего спастического гемипареза с преобладанием в руке, афазии с нарушением развернутой спонтанной речи, и нерезко выраженных косоглазия и дисфагии. В течение последующего дня развилось угнетение сознания до комы (8 баллов по шкале Глазго), переводится в соматический стационар

В анализе ликвора: лимфоцитарный плеоцитоз, повышенный уровень белка и нормальное содержание сахара.

1. Определите синдромологический диагноз,
2. топический диагноз,
3. предположительный диагноз. Обоснуйте диагноз.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – общеинфекционный, нарушения поведения, спастический гемипарез, динамическая афазия, синдром глазодвигательных расстройств, (псевдо)бульбарный синдром, синдром изменения, а затем – угнетения сознания.

2. Топический диагноз – асимметричное поражение орбитальной поверхности лобной доли, медио-базальных отделов лобной, теменной, височной долей (больше справа) с вовлечением стволовых структур (вероятно, за счет отека).

3. Предположительный диагноз – Герпетический энцефалит, вызванный вирусом простого герпеса 1-го типа. Диагностика основывается на симптоматике поражения орбитальной поверхности лобной доли, медио-базальных отделов лобной, теменной, височной долей, что указывает на характерную локализацию патологического процесса при герпетическом энцефалите. Подтверждение диагноза являются данные биопсии с ПЦР биоптата, ПЦР ликвора на вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов и определение антител к вирусам простого герпеса 1-го и 2-го типов в ликворе (ИФА, ретроспективная диагностика).

4. Круг дифференцируемых заболеваний – другие герпес-вирусные энцефалиты, негерпетические энцефалиты, острое нарушение мозгового кровообращения, токсическая энцефалопатия, объемное образование головного мозга.

#### **Задание 66.**

В отделение госпитализирована женщина 24-х лет с жалобами на подъемы температуры до 37,4°C и увеличение лимфоузлов на шее и в области затылка.

Ранее при обследовании в общем анализе крови – увеличение числа лимфоцитов. С подозрением на инфекционный мононуклеоз пациентка была направлена в инфекционную больницу, где был получен отрицательный результат теста на вирус Эпштейна-Барр. После развившегося судорожного припадка и с жалобами на головную боль пациентка была переведена в неврологическую клинику.

В цереброспинальной жидкости выявлено повышение количества лимфоцитов (400 клеток в 1 мл) и содержания белка, незначительное снижение уровня глюкозы. На КТ головного мозга зарегистрированы очаги низкой плотности.

При целенаправленном сборе анамнеза выяснилось, что за полгода до начала заболевания пациентка похудела и значительно потеряла в весе – 15 кг.

Гематологические исследования, в том числе микроскопирование пунктата лимфоузла, исключили заболевание крови. Заключение гематологов: реактивный лимфаденит.

1. Предположительный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Острый ВИЧ-ассоциированный менингоэнцефалит. Представляет собой наиболее тяжелую острую редко возникающую форму первичного поражения ЦНС при ВИЧ-инфекции и связан с прямым поражением клеток головного мозга вирусом иммунодефицита человека. Развитие ВИЧ-менингоэнцефалита может совпадать по времени или предшествовать изменению результатов серологических исследований. Установление диагноза возможно при целостной оценке вирусологического и иммунного статуса пациентки, уточнение факта употребления наркотических средств.

2. Круг дифференцируемых заболеваний – герпетический (ВПГ) энцефалит, туберкулезный менингоэнцефалит, нейросифилис, грибковый энцефалит.

#### **Задание 67.**

В отделение госпитализирован мужчина 39-ти лет – на фоне полного здоровья, без каких-либо предшествующих причин, появилась диффузная головная боль, постепенно усиливающаяся в течение недели. На высоте головной боли отмечал тошноту, в последние 2 дня была рвота. Температура тела повышалась до 37,3-37,4°C.

Раньше подобных головных болей не было. В анамнезе – частые ангины, ОРВИ, туберкулезный бронхоаденит, в детстве дважды перенес пневмонию.

При осмотре – светобоязнь, болезненность движений глазных яблок, двусторонний симптом Кернига. Температура 37,4°C. В соматическом статусе при обследовании легких, сердца и органов брюшной полости патологии не выявлено.

1. Назовите предположительный диагноз, план обследования пациента.
2. Каков механизм перечисленных симптомов?

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Туберкулезный менингоэнцефалит.

План обследования включает обследование на ВИЧ-инфекцию и сифилис, анализ ликвора (патогномичным является обнаружение микобактерий, однако в 80-90% случаев микобактерии не обнаруживаются), КТ/МРТ головного мозга, микроскопическое исследование мокроты на микобактерии, бакпосев на микобактерии туберкулеза с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, КТ органов грудной клетки (3 среза с шагом 0,5 см через корни легких и легких). Туберкулиновые пробы могут быть как резко положительными, так и отрицательными.

2. Указанные симптомы обусловлены инфекционным синдромом и раздражением мозговых оболочек патологическим процессом.

#### **Задание 68.**

На приеме мужчина 29-ми лет – летом прошлого года работал в тайге и перенес заболевание, протекавшее с высокой температурой, сильной головной болью, рвотой, болями в мышцах шеи и плечевого пояса; периодически "терял сознание". Такое состояние сохранялось в течение 2-х недель, потом стал постепенно выздоравливать, но вскоре заметил подергивания мышц в области левого плеча, которые иногда сопровождалось приведением и ротацией плеча кнутри. Подергивания были неритмичными, различной интенсивности, постоянными (исчезали только во время сна).

Через 2 месяца развился эпилептический припадок: усилившиеся судороги в мышцах плеча распространились на предплечье, кисть, левую половину лица, затем – на всю половину туловища. Через 3-4 минуты судороги прекратились и только в левом плече оставались подергивания. Подобные приступы стали повторяться каждые 2-3 месяца, во время некоторых из них судороги распространялись и на правую половину тела с последующей кратковременной утратой сознания.

1. Как можно расценить указанные подергивания мышц в области левого плеча?
2. Поставьте клинический диагноз.

*Эталон ответа:*

1. Указанные постоянные подергивания мышц в области левого плеча можно расценить как миоклонический гиперкинез (кожевниковская эпилепсия) с периодической вторичной генерализацией и развитием больших эпилептических припадков с клонико-тоническими судорогами и потерей сознания. Это является характерным проявлением прогрессивно-текущих форм клещевого энцефалита и обусловлены развитием дегенеративных изменений в III-IV слоях двигательной зоны коры полушарий головного мозга (прецентральной извилина).

В случае начала клинических проявлений прогрессивно-текущих форм без острого периода состояние расценивается как первично-прогрессирующая форма, при развитии после острого периода – как вторично-прогрессирующая. Вторично-прогрессирующие формы могут быть ранними (с началом прогрессирования непосредственно после острого периода) и поздними (с началом через 2-6 месяцев и более).

2. Предположительный диагноз – Клещевой энцефалит, поздняя вторично-прогрессирующая форма, парциальная эпилепсия с вторичной генерализацией и развитием клонико-тонических больших эпилептических припадков.

#### **Задание 69.**

В отделение госпитализирована женщина 32-х лет – сутки назад отметила остро возникшую головную боль – "как ударило в голову".

При осмотре: сонлива, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского.

Спинальная жидкость: цвет-красный мутный белок 1,65%, давление – 400 мм рт. ст. Реакция Панди +, цитоз – 3 кл/мл (лимфоциты), эритроциты на все поле зрения.

1. Определите синдромологический диагноз,
2. топический диагноз,
3. предположительный диагноз,
4. дополнительные методы исследования.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – менингеальный, угнетение сознания.
2. Топический диагноз – раздражение оболочек головного мозга.
3. Предположительный диагноз – Субарахноидальное кровоизлияние.
4. Учитывая молодой возраст пациентки, отсутствие указаний на артериальную гипертензию, прием антикоагулянтов или наркотиков, инфекционные или токсические причины развившегося состояния, необходим диагностический поиск возможных причин САК.

С целью подтверждения наличия крови и оценки ее распространенности в субарахноидальном пространстве проводится КТ головного мозга, а с целью определения источника кровотечения (аневризмы, артериовенозные мальформации, кавернозные и венозные ангиомы, диссекция артерии, амилоидная ангиопатия) – КТ-ангиография (при отсутствии возможности – МРТ и МРА головного мозга). Золотым стандартом диагностики причин САК и диагностики сосудистого спазма является церебральная ангиография.

Необходимы гематологическое и ревматологическое обследование для исключения заболеваний крови, сосудов и соединительной ткани как возможных причин САК.

#### **Задание 70.**

В стационар доставлен мужчина 65-ти лет – 3 дня назад утром, после сна, почувствовал слабость левой руки и ноги, и невращательное головокружение. Слабость прогрессировала и в течение 3-х дней развился паралич левых конечностей. Стал плохо видеть правым глазом.

При осмотре: АД – 110/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой внутренней сонной артерии. Острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,06, Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты.

Опущен левый угол рта, девиация языка влево. Отсутствуют активные движения левых конечностей. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени слева. Глубокие рефлексы с конечностей S>D. Рефлекс Бабинского слева. Гемиянестезия слева.

Анализ крови; СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 8000 в I мкл, протромбиновый индекс – 113%, ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, преимущественно в лобной области справа.

1. Определите синдромологический диагноз,
2. топический диагноз,
3. предположительный диагноз,
4. дополнительные методы исследования.

*Эталон ответа:*

Синдромы – спастический гемипарез слева, поражение лицевого и подъязычного нервов по центральному типу, амблиопия справа.

Топический диагноз – поражение центрального мотонейрона в области колена и передних 2/3 заднего бедра внутренней капсулы, лучистого венца до корковых полей

правого полушария, поражение правого зрительного нерва (зона кровоснабжения ВСА и ее ветвей – ПМА, СМА и глазной артерии).

Клинический диагноз – Инфаркт мозга (тромбоз правой внутренней сонной артерии), левосторонний спастический гемипарез, амблиопия справа.

#### **Задание 71.**

В стационар доставлен мужчина 53-х лет с жалобами на умеренную головную боль и невращательное головокружение.

Головные боли начали беспокоить в течение последних 4-5 месяцев, однако продолжал работать. Около 2-х недель назад, после психо-эмоционального напряжения во время совещания, боли усилились. Обратился в поликлинику, лечился амбулаторно по поводу "энцефалопатии". Выяснилось, что при посещении поликлиники в течение последних 10 дней каждый раз испытывал немалые трудности в поисках кабинета невролога.

При осмотре выявлена неосознаваемая левосторонняя гомонимная гемианопсия. Парезов конечностей нет, глубокие рефлексы с рук и ног S=D.

1. Определите синдромологический диагноз,
2. топический диагноз,
3. Дифференциальная диагностика.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – гомонимная гемианопсия, зрительно-пространственная агнозия.  
2. Топический диагноз – поражение корковых зрительных полей в правой затылочной доле.

3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику между инфарктом мозга, обусловленным тромбозом правой задней мозговой артерии, и внутримозговым объемным новообразованием в правой затылочной доле, что требует проведения МРТ головного мозга.

#### **Задание 72.**

В стационар доставлен мужчина 27-ми лет в крайне тяжелом состоянии. Со слов родственников – страдал артериальной гипертонией с юношеских лет. 7 дней назад внезапно, потеряв сознание, упал в квартире. Подняться самостоятельно не смог из-за слабости в правых конечностях. С того же дня – речевые нарушения.

Осмотрен на дому неврологом, госпитализирован в местную больницу, на 2-й день выполнена люмбальная пункция. Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный реакция Панди +, белок – 0,3 г/л, цитоз – 5 клеток (лимфоциты).

Несмотря на проводимую терапию, состояние продолжало ухудшаться и после консультации нейрохирурга на 7-й день переведен в клинику.

При поступлении выявлены правосторонняя гемиплегия, моторная афазия, выраженные общемозговые симптомы. Выполненная ЭхоЭГ выявила смещение срединных структур слева направо на 9-10 мм.

1. Определите синдромологический диагноз,
2. топический диагноз,
3. предположительный диагноз,
4. Правильной ли была тактика врача на 1-ом этапе?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – спастическая гемиплегия, моторная афазия, нарушение сознания, общемозговой синдром.

2. Топический диагноз – в левой гемисфере поражение пирамидного пути от внутренней капсулы и выше с захватом субкортикальных зон вблизи центра Брока.

3. Предположительный диагноз - Внутримозговое кровоизлияние в левой гемисфере, спастическая правосторонняя гемиплегия, моторная афазия.

4. Выполненная люмбальная пункция могла вызвать синдром дислокации с вклинением ствола, т.к. при ЭхоЭГ выявлено смещение срединных структур на 9-10 мм.

Поэтому правильное решение заключается в госпитализации больного в многопрофильный стационар для дообследования (ЭхоЭС, РКТ и т.д.) и оказания специализированной помощи.

### **Задание 73.**

На приеме женщина 42-х лет с жалобами на то, что в течение 3-4-х лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. К врачу сначала не обращалась, стала прикладывать телефонную трубку к левому уху и старалась, чтобы собеседник находился слева. В последнее время стали беспокоить приступы вращательного головокружения, неустойчивость при ходьбе, неловкость в правых конечностях. Последнее время наблюдалась у невролога по месту жительства с диагнозом "энцефалопатия".

1. Определите синдромологический диагноз,
2. топический диагноз,
3. предположительный диагноз,
4. дополнительные методы исследования.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – гипоакузия, вестибулопатический, мозжечковая атаксия.
2. Топический диагноз – поражение преддверно-улиткового нерва и мозжечковых путей справа в области мосто-мозжечкового угла.
3. Предположительный диагноз – Опухоль мосто-мозжечкового угла справа.
4. Для уточнения диагноза необходима нейровизуализация структур ствола головного мозга с помощью МРТ.

### **Задание 74.**

Сын привел свою мать 52-х лет к неврологу консультативной поликлиники. Со слов сына – мать стала многословной, часто рассказывает анекдоты скабрёзного содержания, стала отличаться повышенным аппетитом, часто – необоснованно повышенное настроение. Последнее время наблюдалась у невролога по месту жительства с диагнозом "энцефалопатия".

При осмотре выявлена двухсторонняя аносмия, в остальном неврологический статус без особенностей.

1. Определите синдромологический диагноз,
2. топический диагноз,
3. предположительный диагноз,
4. дополнительные методы исследования.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – двухсторонняя аносмия, поведенческие расстройства.
2. Топический диагноз – поражение основания лобных долей с обонятельных трактов с 2-х сторон.
3. Предположительный диагноз – Опухоль основания передней черепной ямки с ростом из ольфакторных ямок (менингиома).
4. Для уточнения диагноза необходима нейровизуализация структур ствола головного мозга с помощью МРТ. В случае подтверждения диагноза лечение должно быть хирургическим.

### **Задание 75.**

В отделение поступила женщина 49-ти лет с постоянной формой фибрилляции предсердий – самостоятельно прекратила лечение антиаритмическими препаратами и через несколько дней внезапно утратила понимание речи (могла произнести несколько понятных фраз и весьма бегло воспроизводила звуки, но была не в состоянии выполнять простейшие приказы или повторить простые предложения, попытки чтения вызывали у нее негативизм и возбуждение.

На МРТ выявлен очаг в левой височной области.

1. Определите предположительный диагноз,

2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Инфаркт мозга в корковых ветвях левой СМА (кардиоэмболический), сенсорная афазия.

2. Лечение в данном случае должно включать мероприятия вторичной профилактики инсульта (непрямые оральные антикоагулянты, при невозможности – антиагреганты), препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, занятия с логопедом.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – в течение 1 года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

3. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.



## ОПК-5

### Задания закрытого типа: *ВСЕГО 25 заданий*

#### **Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Длительность неврологических расстройств при транзиторной ишемической атаке

- 1) до 24-х часов
- 2) до 2-х суток
- 3) до 3-х суток
- 4) до недели
- 5) до 3-х недель

*Эталон ответа: 1) до 24-х часов*

#### **Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Этиология транзиторных ишемических атак

- 1) ревматическое поражение сердца
- 2) эритремия
- 3) расслоение внутренней сонной артерии
- 4) атеросклероз
- 5) гипотиреоз

**6) правильно 1,2,3,4**

*Эталон ответа: 6) правильно 1,2,3,4*

#### **Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Механизмы развития транзиторных ишемических атак

- 1) артерио-артериальная эмболия мозговой артерии
- 2) гемодинамические нарушения + стеноз мозговой артерии
- 3) кардиальная эмболия мозговой артерии
- 4) повышение фибринолитической активности крови

**5)1,2,3**

*Эталон ответа: 5)1,2,3*

#### **Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для транзиторной ишемической атаки характерны

- 1) гемипарез
- 2) афазия
- 3) парциальный эпилептический припадок
- 4) гемигипестезия
- 5) кома

**6) правильно 1,2,4**

*Эталон ответа: 6) правильно 1,2,4*

#### **Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Основное отличие транзиторной ишемической атаки от инсульта

- 1) отсутствие нарушения сознания
- 2) отсутствие афазии
- 3) длительность очаговых неврологических симптомов менее суток
- 4) меньшая степень неврологических расстройств
- 5) внезапное начало

*Эталон ответа: 3) длительность очаговых неврологических симптомов менее суток*

#### **Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Типичные проявления транзиторной ишемической атаки

- 1) парез руки
- 2) кратковременная утрата зрения на один глаз
- 3) изолированное системное головокружение
- 4) транзиторная спутанность сознания
- 5) парез мышц лица по центральному типу

**б) правильно 1,2,5**

*Эталон ответа:* **б) правильно 1,2,5**

**Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Факторы риска транзиторных ишемических атак

- 1) пожилой возраст
- 2) гиперхолестеринемия
- 3) хронические головные боли напряжения
- 4) курение
- 5) сахарный диабет

**б) правильно 1,2,4,5**

*Эталон ответа:* **б) правильно 1,2,4,5**

**Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Профилактика инсульта у больного с транзиторной ишемической атакой

- 1) ацетилсалициловая кислота
- 2) клопидогрель
- 3) карбамазепин
- 4) тиклопидин
- 5) пирацетам

**б) правильно 1,2,4**

*Эталон ответа:* **б) правильно 1,2,4**

**Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Показание к каротидной эндартерэктомии у больного с транзиторными ишемическими атаками

- 1) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра
- 2) окклюзия внутренней сонной артерии
- 3) стеноз внутренней сонной артерии 50—69% диаметра
- 4) стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра
- 5) двусторонний стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра

*Эталон ответа:* **1) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра**

**Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Ацетилсалициловая кислота у больного с транзиторной ишемической атакой

- 1) рекомендуется в дозе 75-325 мг в сутки
- 2) предупреждает кровоизлияние в головной мозг
- 3) предупреждает субарахноидальное кровоизлияние
- 4) снижает риск развития эпилептических припадков
- 5) может вызвать желудочно-кишечные осложнения

*Эталон ответа:* **1) рекомендуется в дозе 75-325 мг в сутки**

**Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для вторичной профилактики инсульта применяют

- 1) антикоагулянты
- 2) антитромбоцитарные средства (антиагреганты)
- 3) каротидную эндартерэктомию
- 4) сосудорасширяющие средства
- 5) ноотропные средства

**б) правильно 1,2,3**

*Эталон ответа:* **б) правильно 1,2,3**

**Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Закупорка внутренней сонной артерии может привести к

- 1) транзиторной ишемической атаке
- 2) ишемическому инсульту
- 3) субарахноидальному кровоизлиянию
- 4) внутримозговому кровоизлиянию

5) слепоте на один глаз

**6) правильно 1,2,5**

7) правильно 1,2

*Эталон ответа: 6) правильно 1,2,5*

**Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Типичные осложнения нетравматического субарахноидального кровоизлияния

1) инфаркт миокарда

2) артериальная гипотония

**3) спазм церебральных артерий**

4) повторное субарахноидальное кровоизлияние

5) гнойный менингит

*Эталон ответа: 3) спазм церебральных артерий*

**Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Хирургическое лечение наиболее эффективно при кровоизлиянии в

1) зрительный бугор

2) подкорковые ядра

3) лобную долю

**4) мозжечок**

5) височную долю

*Эталон ответа: 4) мозжечок*

**Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием:

1) нижней спастической параплегии

2) бульбарных расстройств

**3) экстрапирамидных нарушений**

4) синдрома Броун-Секара

*Эталон ответа: 3) экстрапирамидных нарушений*

**Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Разрыв мешотчатой аневризмы обычно вызывает

1) внутримозговое кровоизлияние

**2) субарахноидальное кровоизлияние**

3) острую гипертоническую энцефалопатию

4) лакунарный инсульт

5) транзиторную ишемическую атаку

*Эталон ответа: 2) субарахноидальное кровоизлияние*

**Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Для установления диагноза внутримозгового кровоизлияния наиболее информативна

1) люмбальная пункция

2) эхоэнцефалоскопия

**3) рентгеновская компьютерная томография головы**

4) церебральная ангиография

5) электроэнцефалография

*Эталон ответа: 3) рентгеновская компьютерная томография головы*

**Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Очаговая неврологическая симптоматика при транзиторной ишемической атаке чаще сохраняется в течение

1) несколько секунд

**2) несколько минут**

3) 12 часов

4) 24 часов

5) 3-х суток

*Эталон ответа: 2) несколько минут*

**Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Фибринолитик (тканевой активатор плазминогена) не применяют при инфаркте мозга, если

- 1) артериальное давление 200/120 мм рт. ст. и выше
- 2) степень неврологического дефицита легкая
- 3) прошло 6 и более часов после инсульта
- 4) у больного тотальная афазия и гемиплегия
- 5) правильно 1) 2) 3)

**6) правильно 1) 3)**

*Эталон ответа: 6) правильно 1) 3)*

**Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

У пациента сочетанная ишемическая болезнь сердца. Факторы риска развития ишемического инсульта

- 1) артериальная гипертензия
- 2) прием оральных контрацептивов (у женщин)
- 3) молодой возраст
- 4) сахарный диабет
- 5) сотрясение головного мозга

**6) правильно 1) 2) 4)**

7) правильно 1) 4)

*Эталон ответа: 6) правильно 1) 2) 4)*

**Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего:

- 1) первично прогрессирующее
- 2) вторично прогрессирующее с обострениями
- 3) вторично прогрессирующее без обострений
- 4) ремитирующее (волнообразное)**

*Эталон ответа: 4) ремитирующее (волнообразное)*

**Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Укажите критерии эффективности диспансеризации пациентов с преходящими нарушениями мозгового кровообращения (ПНМК) с очаговой неврологической симптоматикой:

1. Отсутствие повторных случаев ПНМК. Сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.
2. Единичные повторные ПНМК в течение года без нарушения трудоспособности.
3. Отсутствие повторных случаев ПНМК без сохранения трудоспособности, со снижением временной нетрудоспособности.
4. Единичные повторные ПНМК в течение года с нарушением трудоспособности.
5. Множественные повторные случаев ПНМК без сохранения трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.

*Эталон ответа: 1* Отсутствие повторных случаев ПНМК. Сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.

**Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

При сотрясении головного мозга терапия на догоспитальном этапе:

1. является симптоматической
2. направлена на стабилизацию жизненно важных функций
3. проводится по жизненным показаниям
4. не проводится

*Эталон ответа: 1. является симптоматической*

**Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Выявление у пострадавшего менингеального синдрома свидетельствует о наличии:

1. сотрясения головного мозга
2. травматического субарахноидального кровоизлияния

3. спинального шока
4. диффузной аксональной травмы

*Эталон ответа:* 2 травматического субарахноидального кровоизлияния

**Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ:**

Наличие «светлого промежутка» при ЧМТ характеризует:

1. ушиб головного мозга
2. наличие внутричерепной гематомы
3. субарахноидальное кровоизлияние
4. сотрясение головного мозга

*Эталон ответа:* 2 наличие внутричерепной гематомы

## Вопросы для собеседования и ситуационные задачи: **ВСЕГО 75 ЗАДАНИЙ**

### **Задание 1.**

У больного 63-х лет в течение полугода развились гипотрофии мышц верхних конечностей, снижение глубоких рефлексов, мышечной силы и фибриллярные подёргивания в мышцах рук. Изменена походка, при ходьбе «тянет» ноги. Резкое повышение глубоких рефлексов и мышечного тонуса на ногах, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

- 1) Вероятный диагноз? Какое лечение можно назначить?
- 2) Укажите особенности ведения такого пациента в дальнейшем.

*Эталон ответа:*

1) Боковой амиотрофический склероз. Средством специфической нейропротективной терапии пациентов с БАС является ингибитор высвобождения глутамата рилузол, который увеличивает продолжительность жизни пациентов на 3-6 месяцев. Организация оптимального мультидисциплинарного симптоматического ухода снижает риск смерти в течение 5 лет болезни на 45%.

2) Возможно возникновение необходимости в постоянном проведении инвазивной или неинвазивной вентиляции, установке гастростомы.

### **Задание 2.**

У больного через 2 месяца после перенесенного ишемического инсульта отмечается слабость в правых конечностях с ограничением активных движений в них, повышением мышечного тонуса в сгибателях предплечья и разгибателях голени, повышением глубоких рефлексов на правых конечностях, с наличием рефлексов Бабинского и Оппенгейма справа в сочетании с прозопарезом всей правой половины лица и девиацией языка вправо без наличия его атрофий и фибрилляций.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите основные направления ведения такого пациента в дальнейшем.

*Эталон ответа:*

1. Инфаркт мозга в бассейне левой СМА, правосторонний спастический гемипарез, восстановительный период

2. Необходимо назначение мероприятий и средств вторичной профилактики инсультов, а также – осуществление физической реабилитации на фоне ботулинотерапии в спастичных мышцах.

### **Задание 3.**

У больного 23-х лет в течение недели развились слабость во всех конечностях, затруднение ходьбы и самообслуживания. 2 года назад отмечал быстрое снижение остроты зрения на левом глазу с самопроизвольным восстановлением в течение 3-х дней. При осмотре выявляется ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и глубоких рефлексов. Патологические рефлексы Россолимо на кистях, а Бабинского и Оппенгейма на стопах. Функция черепных нервов не нарушена.

1. Вероятный диагноз? Какое лечение можно назначить?
2. Укажите особенности ведения такого пациента в дальнейшем.

*Эталон ответа:*

1. Рассеянный склероз. В стадии обострения – пульс-терапия кортикостероидами, возможно – в/в иммуноглобулин.

2. В стадии ремиссии –  $\beta$ -интерфероны, глатирамера ацетат или другие препараты превентивной терапии.

### **Задание 4.**

У больного 52-х лет постепенно изменилась походка, стала напоминать ходьбу пьяного, ходит и стоит с широко расставленными ногами, особенно затруднены повороты. Появилась скандированная речь, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во

всех конечностях, интенционное дрожание при пальценосовой и пяточно-коленной пробах с двух сторон.

1. Вероятный диагноз?
2. Какое лечение можно назначить?

*Эталон ответа:*

1. Спино-церебеллярная атаксия.
2. Нейропротективная, антиоксидантная терапия.

#### **Задание 5.**

У мужчины 63-х лет постепенно появилась шаткость вправо при ходьбе, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы.

1. Вероятный диагноз?
2. Какое лечение можно назначить?

*Эталон ответа:*

1. Спино-церебеллярная атаксия.
2. Нейропротективная, антиоксидантная терапия.

#### **Задание 6.**

На приеме мужчина 34-х лет – при ходьбе чрезмерно поднимает ноги, с изменённой силой опускает их. При закрывании глаз выраженность нарушений походки резко усиливается.

1. Вероятный диагноз?
2. Какое лечение можно назначить?

*Эталон ответа:*

1. Синдром сенситивной атаксии (дифференциальная диагностика поражения задних канатиков спинного мозга и периферических нервов).
2. Тиоктовая кислота, цианокобаламин и другие витамины В-группы, пентоксифиллин, этиотропное, патогенетическое лечение в зависимости от выявленной причины заболевания.

#### **Задание 7.**

У мужчины 67-ми лет постепенно изменилась походка – стало тянуть вперёд, появилась скованность во всём теле, стало трудно менять позу, начать движение или остановиться во время движения. Появился мелкий тремор в пальцах рук в покое. При осмотре: парезов конечностей нет, мышечный тонус повышен по типу «зубчатого колеса».

1. Вероятный диагноз?
2. Какое лечение можно назначить?

*Эталон ответа:*

1. Акинетико-ригидный синдром (синдром паркинсонизма).
2. В случае подтверждения диагноза болезни Паркинсона наиболее эффективны агонисты дофаминергических рецепторов и препараты леводопы.

#### **Задание 8.**

На приеме мужчина 58-ми лет с жалобами на общую скованность, замедленность движений в конечностях, мелкокоразмашистое дрожание в руках в покое по типу «счета монет».

Из анамнеза – считает себя больным в течение 4 лет, когда постепенно возникло дрожание в левой руке, скованность движений в левом плечевом поясе, через несколько месяцев пациент заметил скованность в левой ноге, затруднения при начале движения, с последующим переходом симптомов на правые конечности.

При осмотре: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Гипомимия. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Тонус в конечностях повышен по типу «зубчатого колеса», больше слева. Тремор кистей по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях. Гипокинезия, микрография, шаркающая походка, ахейрокинез.

1. Составьте план обследования для данного пациента?
2. Составьте план медикаментозного лечения пациента?
3. Дайте рекомендации по дальнейшей реабилитации пациента?

*Эталон ответа:*

1. 1. Леводопа-тест – для подтверждения диагноза болезни Паркинсона и поражения черной субстанции (смысл пробы - улучшение дофаминергической передачи в nigrostriatном тракте при получении предшественников дофамина извне).
  2. Методы нейровизуализации (КТ, МРТ) – для исключения патологий, ведущих к развитию вторичного паркинсонизма (объемные образования, ишемические и геморрагические инсульты, посттравматические и воспалительные изменения).
  3. ПЭТ с флюородопой – для прижизненной оценки структурно-функциональных изменений в экстрапирамидной системе.
2. 1. Ингибиторы МАО-В (Селегилин) – с целью увеличения продолжительности действия дофамина в синаптической щели.
  2. Агонисты дофаминовых рецепторов (пиребедил, прамипексол) – улучшение дофаминергической передачи путем активации дофаминергических рецепторов.
  3. При недостаточности эффекта – добавить антагонисты NMDA-рецепторов (амантадин) – улучшение дофаминергической передачи за счет активации выделения дофамина из пресинаптического окончания.
3. 1. Дозированная физическая и интеллектуальная активность с максимально долгим сохранением активной профессиональной деятельности. Противопоказаны чрезмерные физические нагрузки.
  2. Психотерапия с целью принятия факта наличия хронического заболевания с пожизненным лечением.
  3. Занятия лечебной физкультурой, направленные на тренировку координации движений, ходьбы широким шагом.
  4. Физиотерапевтические методы лечения – с целью снижения мышечного тонуса, улучшением трофики нервной ткани.
  5. Проведение школ для пациентов с болезнью Паркинсона и их родственников.

#### **Задание 9.**

На приеме мужчина 23-х лет с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). Известно, что с 10 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза.

Объективно: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный тремор при выполнении координационных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

1. Вероятный диагноз?
2. Укажите принципы терапии?

*Эталон ответа:*

1. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-ригидная форма). Вильсоновский гепатит
2. Медьэлиминирующая терапия (D-пенициламин), препараты цинка, гепатопротекторы, диета (исключение продуктов с большим содержанием меди), симптоматическая терапия.

#### **Задание 10.**

На приеме мужчина 67-ми лет с жалобами на слабость в верхних и нижних конечностях, которые беспокоят в течение 2-х лет.



При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Бицепс-рефлекс живой, D=S, трицепс- и карпо-радиальный рефлекс снижены, D=S. Рефлексы с нижних конечностей – высокие, с расширением рефлексогенных зон и клонусом стоп D=S. Гипотрофия и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса. Сила в верхних конечностях снижена до 4 баллов, в нижних – до 3 баллов. Мышечный тонус в верхних конечностях снижен, в нижних – повышен по типу «складного ножа». Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Тазовые функции не нарушены.

1. Составьте план лечения пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при данном заболевании?
2. Дайте рекомендации по устранению факторов риска и формированию здорового образа жизни для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. План лечения:

1. Витамины группы В, с нейротрофической целью.
  2. НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокобаламин + анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома.
  3. Миорелаксанты с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома.
  4. Блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.
  5. При наличии показаний или отсутствия положительной динамики в течение 3 месяцев консервативной терапии – хирургическое лечение.
2. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.
2. Занятия лечебной физкультурой.
  3. Ношение шейного воротника.
  4. Применение физиотерапевтических методов лечения.
  5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

**Задание 11.**

В отделение доставлен мужчина 47-ми лет, который упал с крыши одноэтажного дома. После падения самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами, не чувствовал ног. При осмотре – нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня Т9.

1. Вероятный диагноз?
2. Тактика лечения?

*Эталон ответа:*

1. Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне Т8.

2. В случае подтверждения сдавления спинного мозга (позвонком, гематомой) оперативное лечение - декомпрессия. Введение метилпреднизолона (30 мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевого инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

**Задание 12.**

В приемное отделение в 17:00 поступила женщина 72-х лет с жалобами на слабость и онемение в правой руке, асимметрию лица, нарушение речи.

Из анамнеза: длительно страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. Две недели назад остро возникли пекущие боли в области сердца, одышка при ходьбе, однако за медицинской помощью не обратилась. Резкое ухудшение состояния отмечает с 15:00 сегодняшнего дня, когда внезапно появились вышеуказанные жалобы, нарушилась речь, по поводу чего дочерью была вызвана бригада "скорой помощи": АД = 130/70 мм рт.ст., ЧСС 68 ударов в минуту, ЧДД 18 в минуту; температура тела 36,7°C;

глюкоза крови по данным глюкометра - 5,1 ммоль/л; ЭКГ - единичные экстрасистолы, был выполнен ТгорТест - получен сомнительный результат.

При осмотре дежурным неврологом: элементы моторной афазии, асимметрия лица в виде сглаженности носогубной складки, опущения угла рта справа, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексы с рук живые  $D>S$ , с расширением рефлексогенных зон, с ног – живые,  $D=S$ . Мышечный тонус в правой руке повышен по спастическому типу. Мышечная сила в правой руке - 2 балла. Положительные симптомы орального автоматизма. Чувствительных расстройств нет. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
2. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. 1. Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний.
  2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
  3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики).
  4. Статины - с гиполипидемической целью.
  5. Антикоагулянты, антиагреганты (инфаркт миокарда является противопоказанием к проведению тромболитической терапии).
2. 1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом, логопедом.
  2. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.
  3. Ботулинотерапия, с целью коррекции постинсультной спастичности.
  4. Физиотерапия - после острого периода инсульта.

### **Задание 13.**

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен больной 72-х лет, длительно страдающий артериальной гипертензией. После подъема АД до 210/100 мм рт.ст. остро возникли головная боль в затылочной области, тошнота, однократная рвота, шаткость при ходьбе, головокружение.

При осмотре: пациент сонлив, быстро истощаем при контакте, лицо гиперемировано. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Разнонаправленный крупноразмашистый нистагм. Сухожильные рефлексы высокие,  $S>D$ , с расширением рефлексогенных зон. Положительный симптом Бабинского слева. Правосторонняя гемиатаксия.

1. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его.
2. Составьте программу реабилитации для данного пациента.

*Эталон ответа:*

1. 1. Удаление гематомы путем хирургического вмешательства.
  2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
  3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики) – для профилактики развития повторных сосудистых событий.
  4. Борьба с гипертензионным синдромом (возвышенное положение головного конца, осмодиуретики, оксигенотерапия, гипертонический раствор натрия хлорида, седация (барбитураты, кетамин, пропофол), хирургически – декомпрессионная краниотомия).
2. 1. Ранняя реабилитация: ранняя вертикализация, занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.

2. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.
3. Физиотерапия – после острого периода инсульта.
4. Работа с кинезиологом, эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

#### **Задание 14.**

Пациентка 23-х лет доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи – после интенсивной тренировки возникла острейшая головная боль, тошнота, рвота, двоение при взгляде вправо, психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания.

При осмотре: сонлива, на вопросы отвечает односложно, с запозданием. Лицо гиперемировано. АД при измерении 190/100 мм.рт.ст. При осмотре: расходящееся косоглазие слева. Положительные симптомы Бехтерева слева, Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц.

1. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
2. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. 1. Оперативное лечение - с целью исключения аневризмы из работы системного кровотока.
2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
3. Антигипертензивные препараты (преимущественно блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) – для профилактики развития повторных сосудистых событий, снижения уровня АД.
4. Инфузии 2,5 л физиологического раствора в сутки - с целью профилактики гиповолемии.
5. Коллоидные растворы – с целью гемодиллюции.
2. 1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.
2. Физиотерапия – после острого периода инсульта.
3. Работа с эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе

#### **Задание 15.**

На приеме женщина 74-х лет – по поводу прогрессирующего снижения памяти на текущие события. Отмечает забывчивость уже в течение нескольких лет, непрерывно нарастает. При беседе – больная в ясном сознании, контактна, несколько растеряна и беспокойна, правильно ориентирована в месте, но ошибается при назывании точной даты. Часто жалуется на плохую память; не помнит, что куда положила, о чем разговаривала с домашними, с трудом припоминает имена внуков, которые живут отдельно. Иногда испытывает также затруднения при подборе нужного слова в разговоре, назывании предметов. Нейропсихологическое исследование – выраженные нарушения памяти, умеренные нарушения гнозиса, праксиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Вероятный диагноз?
2. Лечение?

*Эталон ответа:*

1. Болезнь Альцгеймера.
2. Ингибитор ацетилхолинэстеразы донепезил по 5-10 мг/сут. или ингибитор NMDA-глутаматных рецепторов мемантин по 5-20 мг/сут.

#### **Задание 16.**

На приеме мужчина 65-ти лет: жалобы на слабость, похудение рук и неловкость в них, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Указанные проявления стал отмечать около 1 года назад с дистальных отделов рук, постепенно они распространились и на проксимальные отделы.

При осмотре: гипотрофия мышц верхних конечностей, больше слева, частые фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы повышены с обеих сторон, выявляются патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3-х баллов в левой руке, 3,5 баллов – в правой, больше в дистальных отделах, и до 4-х баллов – в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

1. Вероятный диагноз?
2. Тактика ведения пациента?
3. Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

1. Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.
2. Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца. Симптоматическое лечение.
3. 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.

#### **Задание 17.**

В отделение поступил мужчина 59-ти лет, который в течение последних 15 лет страдает артериальной гипертензией со средним уровнем АД 180-200/110-120 мм рт.ст. Регулярного лечения не получал. В последние годы появились и нарастают по выраженности нарушения памяти и внимания, неразборчивость речи, пошатывание и падения при ходьбе, недержание мочи.

При осмотре: заторможен, самостоятельно жалоб не предъявляет, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: рефлекс орального автоматизма, насильственный смех и плач, высокие симметричные сухожильные рефлексы, симптом Бабинского с двух сторон, легкая гипокинезия и повышение мышечного тонуса по пластическому типу в нижних конечностях, походка на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

1. Вероятный диагноз?
2. Лечение?

*Эталон ответа:*

1. Сосудистая деменция, синдромы постуральной неустойчивости, псевдобульбарный, пирамидная недостаточность в нижних конечностях, умеренных когнитивных нарушений
2. Постоянная гипотензивная терапия, ингибитор ацетилхолинэстеразы донепезил по 5-10 мг/сут. или ингибитор NMDA-глутаматных рецепторов мемантин по 5-20 мг/сут.

#### **Задание 18.**

На приеме мужчина 58 лет – жалуется на снижение памяти, сложность выполнения умственной работы, головные боли, нарушения сна. Считает себя больным в течение последних 6 месяцев после смерти жены. Снижение памяти и головные мешают больному справляться со своими профессиональными обязанностями и общаться с людьми. Головные боли ощущает постоянно, они средней интенсивности, носят сжимающий характер.

При осмотре – подавлен, вял, несколько заторможен. Правильно ориентирован в месте и времени. При исследовании эмоционального статуса выявляются значительное снижение фона настроения. Отчётливых нарушений праксиса, гнозиса и речи не выявляется. Интеллектуальные операции замедленны. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Вероятный диагноз?

## 2. Лечение?

*Эталон ответа:*

1. Синдром депрессии. Головная боль мышечного напряжения.
3. Антидепрессант вальдоксан 25 мг на ночь 3-6 месяцев.

### **Задание 19.**

В приемное отделение по скорой помощи поступил мужчина 68-ми лет – длительно страдает артериальной гипертензией, неделю назад, после подъема АД до 180/100 мм.рт.ст., возникли жалобы на онемение левой половины тела.

Неврологический статус: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без особенностей. Гипестезия левой половины тела. Сухожильные рефлексы с конечностей живые D=S. Мышечная сила и тонус не изменены. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
3. Дайте рекомендации по вторичной профилактике для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Ишемический инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии с формированием лакунарного инфаркта в правом таламусе на фоне гипертонической болезни; изолированная гемигипестезия слева.

2. 1. Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний.

2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).

3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики).

4. Статины - с гиполипидемической целью.

5. Антиагреганты, антикоагулянты.

3. 1. Изменение образа жизни: диета с ограничением соли и насыщенных жиров, обогащенная клетчаткой, отказ от вредных привычек, регулярная физическая активность.

2. Контроль уровня АД, ЧСС.

3. Назначение антигипертензивной терапии.

4. Назначение антитромботической терапии (антиагреганты, антикоагулянты).

5. Назначение гиполипидемической терапии (статины).

### **Задание 20.**

На приеме мужчина 36-ти лет с жалобами на периодически возникающие приступы потери сознания, с судорогами, прикусыванием языка. Приступу предшествует возникающее за несколько часов немотивированное изменение настроения, сложные слуховые галлюцинации в виде зрительных картин, предчувствие грядущего приступа. Частота приступов 4-5 раз в неделю.

Из анамнеза заболевания: 3 месяца назад попал в драку, получил удары по голове, вскоре после этого появились вышеуказанные жалобы.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?

2. Укажите группы препаратов, которые можно применять при лечении данного пациента?

3. Дайте рекомендации по дальнейшей реабилитации пациента?

*Эталон ответа:*

1. Симптоматическая височная эпилепсия с частыми сложными парциальными припадками с психо-сенсорной и слуховой аурой с частой вторичной генерализацией.

2. 1. Препараты вальпроовой кислоты (депакин).

2. Агонисты ГАМКА-рецепторов (топирамат).

3. Блокаторы натриевых каналов (карбамазепин).

4. Производные пирацетама (леветирацетам).

5. Ламотриджин.

6. Прегабалин.

3. 1. Устранение факторов, способствующих возникновению приступов (недосыпания, физического и умственного перенапряжения), гипертермии.

2. Работа с психотерапевтом и психологом.

3. Систематическое наблюдение у невролога для динамического наблюдения и подбора адекватной схемы терапии и дозировки противосудорожных препаратов.

#### **Задание 21.**

Женщина 27-ми лет привела на осмотр к педиатру своего единственного 6-тилетнего сына. У мальчика нарушилась походка, во время активных игр стал падать, плохо поднимается по лестнице.

При осмотре врач выявил: резко выраженный лордоз, атрофию мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Мальчик использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексy снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте 16ти лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.

2. Предложите тактику лечения?

3. Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

1. Прогрессирующая миодистрофия Дюшенна.

2. Терапия, направленная на процессы транскрипции и трансляции (единственные средства, прошедшие доклиническую разработку и достигшие фазы клинических испытаний – аталурен и этеплирсен), стероиды (единственные препятствуют ухудшению мышечной силы и двигательной активности, симптоматическое лечение).

3. При правильном лечебном подходе (своевременно начатая и регулярная лечебная гимнастика по несколько раз в день, психологическая поддержка, правильная профессиональная ориентация, соблюдение диеты с низким содержанием жиров и высоким содержанием белка при оптимальном содержании витаминов и микроэлементов, ортопедические мероприятия) возможно отодвинуть срок наступления обездвиженности на 1-3 года. К сожалению, заболевание быстро прогрессирует и приводит к летальному исходу до 25-летнего возраста.

#### **Задание 22.**

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 63-х лет – длительно страдает артериальной гипертензией. После подъема АД до 210/100 мм рт.ст. остро возникла головная боль в затылочной области, тошнота, однократная рвота, шаткость при ходьбе, головокружение.

При осмотре: пациент сонлив, быстро истощаем при контакте, лицо гиперемировано. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Разнонаправленный крупноразмашистый нистагм. Сухожильные рефлексy высокие, S>D, с расширением рефлексогенных зон. Положительный симптом Бабинского слева. Правосторонняя гемиатаксия.

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его.

3. Составьте программу реабилитации для данного пациента.

*Эталон ответа:*

1. Геморрагический инсульт с кровоизлиянием в правое полушарие мозжечка, вследствие гипертонической болезни III степени. Общемозговой синдром. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Правосторонняя гемиатаксия.

2. 1. Удаление гематомы путем хирургического вмешательства.

2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты

глутаматных рецепторов).

3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики) – для профилактики развития повторных сосудистых событий.
4. Борьба с гипертензионным синдромом (возвышенное положение головного конца, осмодиуретики, оксигенотерапия, гипертонический раствор натрия хлорида, седация (барбитураты, кетамин, пропофол), хирургически – декомпрессионная краниотомия).

3.1. Ранняя реабилитация: ранняя вертикализация, занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.

2. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

3. Физиотерапия – после острого периода инсульта.

4. Работа с кинезиологом, эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

### **Задание 23.**

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлена женщина 25-ти лет – после интенсивной тренировки в спортзале возникла острейшая головная боль, тошнота, рвота, двоение при взгляде вправо, психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания.

При осмотре: сонлива, на вопросы отвечает односложно, с запозданием. Лицо гиперемировано. АД при измерении 190/100 мм.рт.ст. При осмотре: расходящееся косоглазие слева. Положительные симптомы Бехтерева слева, Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
3. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Субарахноидальное кровоизлияние, вследствие разрыва аневризмы левой задней соединительной артерии. Общемозговой синдром. Поражение левого глазодвигательного нерва.

2. 1. Оперативное лечение - с целью выключения аневризмы из работы системного кровотока.

2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).

3. Антигипертензивные препараты (преимущественно блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) – для профилактики развития повторных сосудистых событий, снижения уровня АД.

4. Инфузии 2,5 л физиологического раствора в сутки - с целью профилактики гиповолемии.

5. Коллоидные растворы – с целью гемодилюции.

3. 1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.

2. Физиотерапия – после острого периода инсульта.

3. Работа с эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

### **Задание 24.**

На приеме женщина 24-х лет с жалобами на слабость в нижних конечностях, больше правой, и возникающие из-за этого частые спотыкания и падения, шаткость при ходьбе, дрожание левой руки при движениях, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Данные симптомы появились сразу после родов две недели назад и с тех пор нарастают.

При осмотре: эмоционально лабильна, несколько эйфорична. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы высокие, D>S, клonusы коленных чашечек и стоп. Патологические рефлексы орального автоматизма, Бабинского, Бехтерева с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и мимопромахивание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

1. Укажите клинический диагноз?
2. Какая тактика лечения данного заболевания?
3. Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

1. Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.
2. Лечение включает в себя: Патогенетическое лечение – иммуносупрессия: кортикостероиды (метипред, пульс-терапия 1000 мг/сут в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17 день – 20 мг, 18-20 день – 10 мг); натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в период обострения; иммуномодуляция – интерферон-бета-1a (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон-бета-1b (бетаферон) 8 млн МЕ п/к через день; симптоматическая терапия.

3. Исходы напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможны как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественности течения увеличивается.

#### **Задание 25.**

В приемном отделении мужчина 39-ти лет – через 2 недели после "простуды" повысилась температура тела до 38°, появились головная боль, головокружение вращательного характера, слабость в конечностях, онемение в них и на туловище, шаткость, учащенное мочеиспускание.

При осмотре: горизонтальный нистагм, центральный тетрапарез, проводниковый тип нарушения поверхностной и глубокой чувствительности от уровня пупка, статическая и динамическая атаксия в верхних и нижних конечностях, императивные позывы на мочеиспускание.

На МРТ головного мозга: 5 крупных гиперинтенсивных очагов в белом веществе лобных и теменных долей.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, цитоз 156 клеток за счёт лимфоцитов, белок 0,6 г/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Определите тактику ведения пациента?

*Эталон ответа:*

1. Острый рассеянный энцефаломиелит.
2. Лечение: "пульс-терапия" (метилпреднизолон – 1000 мг в/в капельно 3-7 дней), плазмаферез, прямые антиоксиданты ( $\alpha$ -липоевая кислота), трентал 5,0 в/в 10. В восстановительном периоде – ЛФК, массаж, физиотерапия.

Прогноз ожидается благоприятный: выздоровление, но возможны остаточные явления. Необходимо наблюдение у невролога с повторной МРТ через 6 месяцев.

#### **Задание 26.**

В отделение поступила женщина 34-х лет – жалобы на затруднение ходьбы из-за шаткости и слабости в ногах, нарушение речи. Болеет около 12 лет, когда перенесла ретробульбарный неврит слева с полным восстановлением зрения через 3 месяца. Через 3 года стала отмечать двоение и шаткость при ходьбе, которые прошли после терапии кортикостероидами. 2 года назад вновь появилась шаткость при ходьбе, к которой



присоединилась слабость в ногах, онемение в них и дизартрия. Получала гормональную терапию, но симптоматика постепенно нарастает.

При осмотре – острота зрения OS=0,8; OD=1,0, горизонтальный нистагм, нижний центральный парепарез (мышечная сила – 3 балла) с высоким спастическим мышечным тонусом, высокими коленными и ахилловыми рефлексамии, патологическими рефлексамии Бабинского с 2-х сторон, мозжечковая атаксия, гипестезия на ногах с уровня коленных суставов и выпадение вибрационной чувствительности на ногах. На момент осмотра отмечается нарастание тяжести симптомов более 2-х месяцев.

На МРТ головного мозга: множество гиперинтенсивных очагов демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга. На глазном дне: бледность дисков зрительных нервов с височных половин.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Определите тактику ведения пациента?

*Эталон ответа:*

1. Рассеянный склероз, вторично-прогредиентное течение, стадия прогрессирования.
2. Лечение: "пульс-терапия" (метилпреднизолон – 1000 мг в/в капельно 3-7 дней), плазмаферез, прямые антиоксиданты ( $\alpha$ -липоевая кислота), возможно применение цитостатиков (митоксантрон).

Для профилактики обострений – превентивная терапия иммуномодуляторами (копаксон, бетаферон, ребиф, авонекс) в период ремиссии.

#### **Задание 27.**

В отделение поступила женщина 32-х лет – в течение 3-х недель после перенесенного за 2 недели до этого ОРВИ отмечала нарастающую слабость в ногах, меньше – в руках, шаткость, легкое онемение в стопах, затем состояние стабилизировалось в течение 6-ти недель, однако затем вновь слабость в конечностях стала усиливаться. За медицинской помощью весь этот период не обращалась.

При осмотре: черепная иннервация не нарушена, слабость в конечностях до 2-х баллов в ногах и 3-х баллов в руках с преобладанием в проксимальных отделах, мышечная гипотония, отсутствие глубоких рефлексов, положительные симптомы Ласега и Вассермана с 2-х сторон, снижение всех видов чувствительности по типу "носков" и "перчаток", шаткость в пробе Ромберга.

1. Наиболее вероятный диагноз? Его обоснование.
2. Составьте план обследования пациента?
3. Определите тактику ведения пациента?

*Эталон ответа:*

1. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия с острым началом, умеренно выраженный вялый тетрапарез, синдром чувствительной атаксии, нарушение чувствительности, умеренно тяжелое течение.

Диагноз хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии с острым началом установлен на основании жалоб на постепенно нарастающую слабость в ногах и руках, шаткость, легкое онемение в стопах, повторное усиление слабости в конечностях через 9 недель от начала заболевания и выявленных при осмотре вялого тетрапареза, нарушения всех видов чувствительности по полиневритическому типу и синдрома чувствительной атаксии.

2. Пациентке рекомендовано:

- 1) Проведение ЭКГ с целью диагностики поражения вегетативного аппарата сердца;
- 2) Исследование ликвора с целью выявления белково-клеточной диссоциации;
- 3) Проведение электронейромиографии с целью выявления признаков демиелинизирующего процесса или аксональной дегенерации;

- 4) МРТ нервных корешков или сплетений с контрастным усилением с целью выявления признаков воспалительного процесса;
- 5) Биопсия отдельных нервов с целью выявления признаков демиелинизации и/или ремиелинизации;
- 6) Обследование у эндокринолога и ревматолога с целью выявления признаков системной патологии (заболеваний эндокринной системы или соединительной ткани).

3. Патогенетически обоснованной терапией при хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии является проведение плазмафереза с целью удаления из организма плазмы крови без удаления форменных элементов крови и замещения плазмы кровозаменяющими жидкостями с удалением при этом с плазмой антител, иммунных комплексов, медиаторов воспаления, введение внутривенного иммуноглобулина или кортикостероидов в виде пульс-терапии или перорального приема, оказывающих противовоспалительное воздействие при иммунном воспалении. Лечение продолжают до максимально положительного эффекта. Комбинация трех методов дает более хороший и стойкий эффект, чем монотерапия.

### **Задание 28.**

В отделение поступил юноша 17-ти лет с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в стопах ("ощущение поролона под подошвами"). За 3 дня до поступления в стационар утром появились онемение и боли в ногах, постепенно присоединилась слабость в ногах, затем – в руках, позже – в мимических мышцах лица. За 2 недели до госпитализации отмечались насморк и першение в глотке, что на приеме у терапевта в поликлинике было расценено как проявления острой респираторной вирусной инфекции.

При осмотре: Слабость мимических мышц слева, глотание и фонация не нарушены, глоточные рефлексы живые, слабость в ногах до 2-х баллов, в руках – до 3-х баллов, мышечная гипотония, глубокие рефлексы с рук и ног не вызываются, положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по полиневритическому типу. Средняя степень тяжести – 3 стадия по Североамериканской шкале тяжести двигательного дефицита.

1. Наиболее вероятный диагноз? Его обоснование.
2. Составьте план обследования пациента?
3. Определите тактику ведения пациента?

*Эталон ответа:*

1. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (синдром Гийена-Барре), умеренно выраженный периферический тетрапарез, нарушение чувствительности, умеренно тяжелое течение.

Диагноз синдрома Гийена-Барре установлен на основании нарастающей слабости в ногах и руках, прозопареза, боли и онемения в стопах, данных анамнеза – наличие катаральных проявлений со стороны верхних дыхательных путей, предшествовавших развитию неврологических симптомов и выявленных при осмотре периферического тетрапареза, прозопареза слева, нарушений поверхностной и глубокой чувствительности в ногах по полиневритическому типу.

2. Пациенту рекомендовано: проведение ЭКГ с целью диагностики поражения вегетативного аппарата сердца, исследование ликвора с целью выявления белково-клеточной диссоциации, проведение электронейромиографии с целью выявления признаков демиелинизирующего процесса или аксональной дегенерации.

3. Патогенетически обоснованной терапией при тяжелом и средней тяжести синдроме Гийена-Барре (3-5 стадия по Североамериканской шкале тяжести двигательного дефицита) является проведение плазмафереза 3-6 с целью удаления из организма плазмы крови без удаления форменных элементов крови и замещения плазмы кровозаменяющими жидкостями с удалением при этом с плазмой антител, иммунных комплексов, медиаторов

воспаления или введение внутривенного иммуноглобулина по 0,4 г/кг 5, оказывающего противовоспалительное воздействие при иммунном воспалении.

Базовая терапия включает контроль жизненно важных функций, профилактику тромбоза глубоких вен голеней, инфекционных осложнений, пролежней, контрактур, компрессионных нейропатий, лечение болевого синдрома, нейрометаболические препараты, при необходимости – проведение ИВЛ.

#### **Задание 29.**

В отделение поступила женщина 53-х лет – по дороге в магазин поскользнулась на гололеде, упала навзничь, ударилась головой об асфальт. Утратила сознание на несколько секунд, плохо помнит, как вышла из подворотни. Была однократная рвота. Доставлена службой скорой помощи в ближайшую больницу. Жалуетесь на головную боль, головокружение.

При осмотре: сознание ясное, подкожная гематома в задней теменной области. Очаговой и менингеальной симптоматики не определяется. На краниограммах костной патологии не выявлено.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

1. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга.
2. Постельный режим до 7-14 дней. Лечение симптоматическое: анальгетики, транквилизаторы

#### **Задание 30.**

В стационар службой скорой помощи, которую вызвали прохожие, доставлен мужчина 58 лет – был избит и ограблен двумя неизвестными. Терял сознание. Точно сказать, сколько времени находился без сознания, не может. Не помнит людей на улице, которые оказывали ему первую доврачебную помощь.

При поступлении сознание ясное, пациент растерян. Испытывает затруднения при произношении слов, речь замедленная. Имеются множественные ушибы и ссадины на лице и на волосистой части головы. Определяется шаткость походки.

При неврологическом осмотре выявляется акцент рефлексов справа, сглаженность правой носогубной складки. Менингеальной симптоматики нет. На рентгенограммах черепа костной патологии не выявляется.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга легкой степени.
2. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, при повышении ВЧД – диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

#### **Задание 31.**

В больницу скорой помощи доставлена женщина 37-ти лет – наблюдается у невролога по поводу эпилепсии, принимает антиконвульсанты. На фоне самовольной отмены препаратов развился большой судорожный припадок, во время которого ударилась головой о бордюр тротуара. Сообщила, что страдает эпилепсией с 14 лет. Правильно назвала препараты, которые принимает в связи с основным заболеванием.

При осмотре: заторможена, на вопросы отвечает с некоторой задержкой. Имеется ушибленная рана в правой теменной области, проникающая до кости. При первичной хирургической обработке раны визуализируется перелом правой теменной кости, который подтверждается на рентгенограммах черепа.

В неврологическом статусе выявлены менингеальные симптомы, акцент глубоких рефлексов слева, левосторонний симптом Бабинского.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?

2. Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

1. ОЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Перелом правой теменной кости.
2. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

### **Задание 32.**

В приемный покой ночью поступил молодой человек 22-х лет. Обстоятельства травмы не известны. Самостоятельно добрался до дома, но не помнит, как. Не помнит, сколько времени находился без сознания. Доставлен в стационар скорой помощью. При осмотре растерян, частично дезориентирован, не интересуется окружающим, повторяет одни и те же вопросы. В приемном покое была многократная рвота. Имеются кровянистые выделения из носа. Определяется парез в правой руке, сухожильные рефлексы повышены справа, правосторонний симптом Бабинского, симптом Кернига, ригидность затылочных мышц. На КТ обнаружены небольшие очаги разможжения в левых лобной и височной долях. В режиме «костного окна» выявлен перелом основания передней черепной ямки. На третьи сутки отмечено появление «отцветающих» параорбитальных гематом.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

1. ОЧМТ. Перелом костей передней черепной ямки. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.
2. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

### **Задание 33.**

Мужчина 39-ти лет упал со стремянки на производстве, ударился головой. Придя домой, рассказал о случившемся жене. Так как впереди намечались выходные дни, за медицинской помощью обращаться не стал, сославшись на то, что «отлежится» дома. Жаловался на головную боль, по поводу чего принял «обезболивающее» и лег спать. Жена допоздна «засиделась» у соседки, а вернувшись домой, обнаружила мужа лежащим без сознания на полу. В 2 ч 15 мин был доставлен в стационар вызванной скорой помощью. При поступлении – кома I, правосторонний гемипарез, анизокория S>D. Эхо-энцефалоскопия – смещение М-эха слева направо 10 мм. На краниограммах обнаружен перелом затылочной кости справа.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением. Острая субдуральная гематома. Перелом затылочной кости справа.
2. Хирургическое лечение.

### **Задание 34.**

Пациентка 34-х лет обратилась с жалобами на слабость и повышенную утомляемость мышц, периодическое двоение в глазах, замедление активных движений. Вышеуказанные жалобы нарастают при физической нагрузке и к концу дня. Состояние улучшается после сна или отдыха.

Из анамнеза известно: считает себя больной в течение 3-х лет, когда на последних месяцах беременности появилась слабость в нижних конечностях. После родов состояния ухудшилось, постепенно присоединились вышеуказанные жалобы.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована. Глазодвижение не нарушено, прямая и содружественная реакция зрачка на свет, конвергенцию и аккомодацию сохранна, периодическая диплопия. Положительный тест опущения верхних век. Слабость мимической мускулатуры. Глоточные рефлексы средней

живости. Речь, глотание не нарушены. Язык по средней линии. Отмечаются феномены патологической мышечной утомляемости, генерализации мышечной слабости. Мышечная сила в конечностях снижена до 3,5 баллов. Мышечный тонус в руках слегка снижен. Сухожильные рефлексы с конечностей живые D=S, без расширения рефлексогенных зон. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. В позе Ромберга легкая шаткость без сторонности. Менингеальной симптоматики нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?  
2. Составьте план лечения для данного пациента?  
3. Через 2 года от первичного обращения к неврологу, на фоне ОРВИ и фебрильной температуры, в течение нескольких часов резко выросла выраженность генерализованной мышечной слабости, гнусавость голоса, поперхивание, затруднения дыхания. При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована. Диплопия, птоз. Слабость мимической мускулатуры. Дисфония, дисфагия. Выраженные дыхательные расстройства. Мышечная сила в конечностях снижена до 1,5 баллов. Мышечные фасцикуляции отсутствуют. АД=100/60 мм.рт.ст, ЧСС = 81 уд.в мин., ЧДД = 36 в минуту. Опишите тактику ведения пациентки и обоснуйте ее.

4. Среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 4242080 человек. В течение года в лечебно-профилактических учреждениях всего зарегистрировано 22 случая с диагнозом «миастения», установленным впервые в жизни. Рассчитайте показатель первичной заболеваемости и сравните его со среднестатистическим показателем (0,0053 ‰).

Эталон ответа:

1. Миастения, генерализованная, умеренно прогрессирующая форма.  
2. 1. Препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу: антихолинэстеразные препараты (прозерин, калимин, ипидакрин), препараты калия (калия хлорид) и калийсберегающие средства (спиронолактон)

2. Препараты, воздействующие на иммунную систему: иммунодепрессанты (азатиоприн), глюкокортикостероиды, с целью уменьшения активности аутоиммунного процесса.

3. Тимэктомия – при визуализации тимомы по данным СКТ или МРТ, для этиотропного лечения

3. У пациентки имеет место миастенический криз, развившийся на фоне ОРВИ и лихорадки. Рекомендовано:

1. Госпитализация в отделение реанимации или палату интенсивной терапии;

2. Интубация – для обеспечения проходимости дыхательных путей и предотвращения аспирации;

3. Перевод на ИВЛ – для борьбы с гипоксемией и гиперкапнией;

4. Препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу: антихолинэстеразные препараты (прозерин, калимин, ипидакрин), препараты калия (калия хлорид) и калийсберегающие средства (спиронолактон);

5. Плазмаферез, применение иммуноглобулинов нормальных человеческих, внутривенное введение глюкокортикостероидов – для снижения активности аутоиммунного процесса.

4. Для расчета показателя первичной заболеваемости используется формула: число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболевания/среднегодовая численность населения x 1000.

По данным расчета, первичная заболеваемость миастенией в данном регионе составляет 0,0051‰, что практически равно среднестатистическому показателю.

### **Задание 35.**

Женщина 23-х лет через 3 дня после медицинского аборта стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В

течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век.

При неврологическом осмотре: 2-хсторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Предложите тактику лечения.
3. Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

1. Миастения. Глазная форма (класс I).
2. Антихолинэстеразные препараты (продолжительного действия – калимин), кортикостероиды, цитостатики, тимэктомия.
3. Тяжесть и исход заболевания зависят от степени компенсации миастенических симптомов после введения АХЭП. Прогностически неблагоприятным фактором являются большие дозы АХЭП в дооперационном периоде (10-20 стандартных доз в сутки) и относительная «прозеринорезистентность». Возможно усугубление птоза, глазодвигательных расстройств и генерализация процесса.

#### **Задание 36.**

Родители мальчика 4-х лет обратили внимание на «переваливающуюся» «утиную» походку, затруднение при вставании из положения сидя без помощи рук, некоторую задержку умственного развития.

При осмотре определяется слабость мышц проксимальных отделов ног и тазового пояса, выражен гиперлордоз, гипотрофия и гипотония мышц бедер, снижение коленных рефлексов, псевдогипертрофия икроножных мышц.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Признаки какого заболевания имеются у больного?
3. Что поражено?
4. Назначить лечение.

*Эталон ответа:*

1. Синдром слабости и гипотрофии проксимальных групп мышц нижних конечностей и псевдогипертрофии икроножных мышц.
2. Подозрение на миопатию Дюшенна.
3. Поражены мышцы нижних конечностей.
4. Лечение симптоматическое:
  - витамины группы В, А, Е;
  - оротат калия, АТФ, рибоксин;
  - сосудистая терапия (трентал);
  - массаж, ЛФК, физиотерапия.

#### **Задание 37.**

На приеме мужчина 38-ми лет – жалобы на слабость в кистях и стопах, невозможность стоять на пятках. Болен около 15 лет, заболевание развивалось очень медленно.

При осмотре – периферический парез кистей и стоп с атрофией и гипотонией мышц, дистальной арефлексией; полиневритический тип нарушения чувствительности. Со слов больного, у его 14-летней дочери очень слабые кисти.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Признаки какого заболевания имеются у больного?
4. Назначить лечение.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы периферического пареза кистей и стоп с полиневритическим типом расстройства чувствительности.
2. Поражены периферические нервы верхних и нижних конечностей.
3. Подозрение на семейный вариант невральная амиотрофии Шарко-Мари.
4. Лечение: антихолинэстеразные препараты – Sol. Proserini 0,05% – 1,0 в/м; витамины В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, мильгамма; сосудистая терапия: пентоксифиллин; ЛФК, массаж, физиотерапия.

#### **Задание 38.**

На приеме женщина 39-ти лет – жалобы на быструю утомляемость жевательной мускулатуры и мышц век («во второй половине дня я не могу открыть глаза, они закрываются и все...»). Впервые обратила внимание на наличие признаков заболевания на приеме у стоматолога, когда выяснилось, что не может долго сидеть с открытым ртом из-за слабости жевательных мышц.

В неврологическом статусе: полуптоз с двух сторон и слабость жевательной мускулатуры. Явных признаков поражения центральной и периферической нервной системы не выявлено. После выполнения нагрузочных проб (присесть и подняться 20 раз) выявилась слабость круговых мышц глаз, мышц, поднимающих верхнее веко, жевательной мускулатуры. Прозериновая проба быстро привела к полному восстановлению утраченных функций.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Признаки какого заболевания имеются у больного?
4. Назначить лечение и определить прогноз.

*Эталон ответа:*

1. Синдром мышечной слабости и патологической мышечной утомляемости.
2. Поражение мышечных ацетилхолиновых рецепторов.
3. Подозрение на миастению.
4. Лечение:
  - антихолинэстеразные препараты: калимин 30мг 3 раза в день с постепенным повышением до 60-120 мг через 4-6 часов;
  - при недостаточной эффективности гормональная терапия – преднизолон 1мг/кг;
  - плазмаферез;
  - иммуносупрессоры: азатиоприн, циклофосфан и др.

#### **Задание 39.**

На приеме мужчина 63-х лет с жалобами на нарушение походки, невозможность согнуть стопу, нарушение чувствительности в верхних и нижних конечностях, чувство онемения и пощипывание, поднимающиеся от пальцев к голеням; чувство жжения стоп.

Из анамнеза – длительно страдает сахарным диабетом 2 типа, получает сахароснижающую терапию.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Неврологический статус: сознание ясное, в пространстве, времени, собственной личности ориентируется, контактен, адекватен. ЧМН: обоняние не изменено, зрачки D=S, фотореакция сохранена, живая, глазные щели D=S, глазодвижение в полном объеме, лицо симметрично, слух не изменен, язык по средней линии. Активные и пассивные движения в норме. Мышечная сила в дистальных отделах верхних конечностях 5 баллов, в нижних конечностях слева снижена до 4 баллов. Снижение силы тыльного сгибания стопы. Нарушение походки по типу ступаж слева. При пальцевом сдавлении в области головки левой малоберцовой кости возникает ощущение «ползания мурашек» по наружной поверхности голени. Глубокие рефлексы с верхних конечностей D=S, живые, без

расширения рефлексогенных зон. Сухожильные рефлексы с нижних конечностей снижены, D=S. Патологических стопных знаков нет. Нарушение чувствительности по полиневритическому типу в виде «гольфов» и «перчаток», гипостезия, гипалгезия. ПНП, ПКП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Менингеальных знаков нет. Тазовые функции, со слов пациента, не нарушены.

Обследование: общий холестерин – 4,77 ммоль/л, ТГ – 1,59 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,33 ммоль/л; глюкоза крови – 6,0 ммоль/л. МР-картина дистрофических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника; дорсальных экструзий L5/S1, протрузий L3/4, L4/5 дисков; спондилоартроза на уровне T12-S1 сегментов.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?
2. Препараты какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
3. Через 12 дней комбинированной терапии (комбинация лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе) отмечается положительная динамика в виде уменьшения выраженности жжения стоп, чувства покалывания в руках и ногах. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

*Эталон ответа:*

1. Нейропатия малоберцового нерва слева. Диабетическая полинейропатия верхних и нижних конечностей (сенсомоторная форма), стадия динамического ухудшения.
2. Препараты группы В с нейропротективной целью, препараты тиоктовой кислоты с антиоксидантной целью, НПВС с противовоспалительной целью.
3. Описано уменьшение симптоматики поражения малоберцового нерва. Оставить препараты группы В, тиоктовой кислоты на 2 месяца с нейропротективной и антиоксидантной целью.

#### **Задание 40.**

В клинику поступил мужчина 45-ти лет с жалобами на ползание мурашек в кистях и стопах, пошатывание при ходьбе, особенно в темноте, значительное ухудшение памяти на текущие события, которые развились подостро. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

Объективно: проба Ромберга с закрытыми глазами – резкая шаткость. Мышечная сила в дистальных отделах рук и ног снижена до 4-х баллов. Гипестезия дистальных в отделах рук и ног – от локтевых и коленных суставов. Снижено мышечно-суставное чувство в пальцах ног. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют.

1. Какие синдромы поражения нервной системы выявляются у больного?
2. Клинический диагноз?
3. Принципы лечения. Тактика ведения пациента.

*Эталон ответа:*

1. Неврологическое обследование выявляет нарушение поверхностной чувствительности по полиневритическому типу, амнестический синдром Корсакова, грубые нарушения глубокой чувствительности и сенситивная атаксия.

2. Указание в анамнезе на хронический алкоголизм позволяет расценить заболевание как алкогольную полинейропатию, которая развивается вследствие поражения внутренних органов, в первую очередь печени и ведет к дефициту тиамина и других витаминов группы "В". Наступающие метаболические сдвиги обуславливают разрушение миелина и дегенерацию аксонов.

3. Лечение:

1. Дезинтоксикационная терапия.
2. Инъекции витаминов группы "В" (В1), препараты метаболического действия, препараты, улучшающие синаптическую передачу.
3. Физиотерапия.
4. ЛФК, массаж.
5. Фиксация свисающих стоп съемными шинами при грубых парезах.



#### Задание 41.

На приеме женщина 27-ми лет с жалобами на то, что правый глаз плохо закрывается, рот "перекосило" в левую сторону, пища застревает между правой щекой и деснами, жидкая пища выливается из правого угла рта.

Три дня назад в течение 1,5 часов ехала в электричке лицом по ходу поезда у открытого окна, расположенного справа от нее. Утром обнаружила указанные жалобы, но обратилась только на 3-й день.

При осмотре обнаружена асимметрия лица, на правой половине лба кожные складки сглажены, правый глаз шире левого, слезится, реже мигает. Правая носогубная складка сглажена, рот "перетянут" влево. При зажмуривании глаз вертикальные складки правой брови не образуются. Правая бровь кверху не поднимается. Правый глаз не закрывается. При оскаливании зубов рот и нос перетягиваются влево, надуть щеки и посвистеть не может, правая щека парусит.

Исследование электровозбудимости мимических мышц изменений не выявило.

1. Где локализуется патологический очаг?
2. О каком процессе следует думать?
3. Лечение. Тактика ведения пациента.

Эталон ответа:

1. Поражение правого лицевого нерва при выходе его из шилососцевидного отверстия пирамиды височной кости.

2. Невропатия правого лицевого нерва, врожденная узость шилососцевидного отверстия.

3. Десенсибилизирующая, дегидратационная терапия (гормонотерапия, преднизолон по схеме, фуросемид или диакарб, антагистаминные препараты – тавегил, супрастин), препараты метаболического действия и улучшающие микроциркуляцию. Курс инъекций витаминов группы "В", лейкопластырные маски, ЛФК, иглорефлексотерапия, массаж через 2 недели.

#### Задание 42.

В клинику поступил мужчина 37-ми лет, шофер. В течение 4-х лет периодически беспокоят боли в пояснице. Три дня назад, после поднятия тяжести, возникли стреляющие боли в поясничной области и по задне-наружной поверхности правой ноги. Боли усиливаются при движениях в поясничном отделе позвоночника, кашле, чихании.

Объективно: сколиоз поясничного отдела вправо, движения в поясничном отделе ограничены из-за боли. Правый ахиллов рефлекс отсутствует. Снижена сила в разгибателе большого пальца правой стопы. Гипестезия по наружному краю и тылу стопы во всех пальцах, кроме большого. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела в боковой проекции выявлено сужение межпозвонковой щели L4-L5.

1. Ваше мнение о локализации процесса?
2. Определите клинический диагноз заболевания?
3. Основные методы лечения, тактика ведения пациента?

Эталон ответа:

1. Боль по задней и наружной поверхности правой ноги, отсутствие ахиллова рефлекса, снижение силы в разгибателе большого пальца, гипестезия стопы указывают на вовлечение в процесс корешков L5-S1 справа.

2. Хроническое рецидивирующее течение заболевания, двухфазность развития болевого синдрома (сначала люмбагия, затем корешковая боль), анталгическая поза, бирадикулярный синдром, сужение межпозвонковой щели L4-L5 позволяют расценить процесс как остеохондроз поясничного отдела позвоночника (дегенерация межпозвонкового диска), боковую грыжу диска L4-L5 с синдромом компрессии корешков L5-S1.

3. Следует назначить строгий постельный режим до стихания спонтанной боли (ориентировочно – на 7-10 дней), в/в венотоник L-лизина эсцинат, в/м или внутрь НПВС 1-

2 раза в день, паравертебральные новокаиновые блокады или эпидуральные блокады, миорелаксанты внутрь или в/м, препараты метаболического действия, физиотерапию – СМТ или ДДТ 8-10 на поясничную область и правую ногу, фонофорез с гидрокортизоном и анестезином на ту же область 10.

#### **Задание 43.**

На приеме мужчина 42-х лет – беспокоят слабость и боли в кистях и предплечьях, стопах и голени, онемение в них, возникшие постепенно. Много лет страдает сахарным диабетом.

В неврологическом статусе: атрофия мышц кистей и стоп, снижена сила в них до 3 баллов, снижен мышечный тонус. Отсутствуют рефлекс карпорадиальные на руках и ахилловы на ногах. Гипестезия в дистальных отделах конечностей. Положителен симптом Ласега с обеих сторон под углом 60°. Кожа кистей и стоп сухая, истонченная, ногти ломкие, тусклые.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Поставьте клинический диагноз?
4. Назначьте лечение и определите методы реабилитации?

*Эталон ответа:*

1. Периферический парез кистей и стоп, полиневритический тип расстройств чувствительности и вегетативно-трофические расстройства в них.
2. Поражены периферические нервы на верхних и нижних конечностях.
3. Диабетическая полиневропатия.
4. Лечение: нормализация уровня сахара крови; витамины группы В; пентоксифиллин; тиоктацид или берлитион 300-600 мг в сутки в/в 10; антидепрессанты – амитриптилин; противосудорожные (при болях) – карбамазепин 200мг 2 раза в день.

#### **Задание 44.**

На приеме мужчина 49-ти лет с жалобами на стреляющие боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, распространяющиеся по задне-наружной поверхности правой ноги до мизинца, усиливающиеся при физической нагрузке, кашле, нахождении в вынужденном положении. Из анамнеза заболевания: боли в пояснице периодически беспокоят в течение 4 лет. Три дня назад, после поднятия тяжести, появились вышеуказанные жалобы.

При осмотре: ограничение подвижности в поясничном отделе из-за болевого синдрома. Выраженный дефанс длинных мышц спины. Синдром Ласега 30° - справа, 60° – слева. Ахиллов рефлекс снижен справа. Сила в разгибателе большого пальца правой стопы снижена. Гипестезия по задне-наружной поверхности правого бедра, голени, латеральному краю и мизинцу правой стопы.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план лечения пациента, согласно стандарту оказания медицинской помощи при данном заболевании?
3. Дайте рекомендации по устранению факторов риска и формированию здорового образа жизни для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Радиклопатия S1, справа, на фоне боковой грыжи диска LV-SI с выраженным мышечно-тоническим, болевым синдромами, стадия обострения.
2. 1. Витамины группы В, с нейротрофической целью;  
2. НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокобаламин + анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома;
3. Миорелаксанты, с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома;
4. Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.

3. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.
2. Занятия лечебной физкультурой.
3. Ношение поясничного корсета.
4. Применение физиотерапевтических методов лечения.
5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

#### **Задание 45.**

На приеме женщина 43-х лет – при поднятии тяжести внезапно почувствовала простреливающую боль в поясничной области с последующей иррадиацией по передней и латеральной поверхности левой ноги до пальцев стопы, усиливающуюся при физической нагрузке, кашле, нахождении в вынужденном положении. Из анамнеза: боли в пояснице периодически беспокоят в течение 1,5 лет.

При осмотре: ограничение подвижности в поясничном отделе из-за болевого синдрома. Сколиоз поясничного отдела позвоночника. Выраженный дефанс длинных мышц спины. Синдром Ласега 20° - слева, 65° – справа. Сухожильные рефлексy с верхних конечностей живые, D=S, коленные рефлексy живые, D=S, ахилловы – S<D. Гипестезия по передне-латеральной поверхности правого бедра, голени, левой стопы (по корешковому типу в зоне L5-S1).

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план лечения пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при данном заболевании?
3. Дайте рекомендации по устранению факторов риска и формированию здорового образа жизни для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Радикулопатия L5-S1 слева на фоне парамедианной грыжи диска LV-SI с выраженным мышечно-тоническим, болевым синдромами, стадия обострения.

2. 1. Витамины группы В, с нейротрофической целью.
- 2 НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокобалам анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома.
3. Миорелаксанты с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома.

4. Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.
3. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.
2. Занятия лечебной физкультурой.
3. Ношение поясничного корсета.
4. Применение физиотерапевтических методов лечения.
5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

#### **Задание 46.**

На приеме мужчина 65-ти лет – жалобы на слабость, похудание и неловкость в руках, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Указанные симптомы появились около года назад с дистальных отделов рук и постепенно распространились на проксимальные отделы.

При осмотре: мышцы верхних конечностей атрофичны, больше слева, обнаруживаются фасцикуляции в них. Глубокие рефлексy оживлены с обеих сторон, присутствуют патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3 баллов в левой руке, 3,5 баллов в правой руке, больше в дистальных отделах, до 4 баллов в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Тактика ведения пациента?
4. Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

1. Поражение передних рогов спинного мозга на шейном уровне.
2. Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.
3. Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца. Симптоматическое лечение.
4. 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.

#### **Задание 47.**

На приеме мужчина 43-х лет с жалобами на периодически возникающие стреляющие боли по типу «удара током» в области подбородка, нижней челюсти, нижней губы слева, отдающие в левый глаз, зубы. Боли провоцируются приемом пищи, чисткой зубов, разговором, дуновением ветра. Продолжительность приступа 1-2 сек, частота – более 50 раз в сутки.

Данные неврологического осмотра: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Глазодвижение в полном объеме. Зрачки S=D, фотореакция живая. При исследовании поверхностной и глубокой чувствительности на лице нарушений не выявлено. При раздражении триггерной зоны в области нижней губы слева возникает приступ стреляющей боли. Асимметрии лицевой мускулатуры не выявлено. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы живые D=S, без расширения рефлексогенных зон. ПНП, ПКП выполняет без интенции. Менингеальных, патологических стопных знаков не выявлено. Тазовые функции не нарушены.

1. Предложите наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз?
3. Составьте план лечения для данного пациента?
4. Через 5 лет регулярной противосудорожной терапии (финлепсин 2500 мг в сутки) пациент предъявляет жалобы на увеличение частоты и интенсивности приступов стреляющей боли. По данным МРТ с контрастированием обнаружен конфликт между корешком тройничного нерва, ВМА и каменистой веной. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

*Эталон ответа:*

1. Невралгия левого тройничного нерва, с локализацией боли в зоне иннервации 3 ветви, выраженный болевой синдром.

2. Диагноз установлен на основании:

1) Жалоб больного на наличие повторяющихся кратковременных (секунды) пароксизмов интенсивной боли стреляющего характера в зоне иннервации одной ветви тройничного нерва, провоцирующиеся жеванием, разговором, чисткой зубов, дуновением ветра.

2) Наличия триггерной зоны в области нижней челюсти слева.

3) Отсутствие нарушения поверхностной чувствительности на лице, что исключает диагноз невропатии тройничного нерва.

4) Отсутствие другой очаговой симптоматики.

3. 1. Противосудорожные препараты (карбамазепин, габапентин, прегабалин) – с целью купирования болевого синдрома.

2. Витамины группы В – с нейротрофической целью.

3. Выполнение лечебных блокад в точку выхода 3 ветви левого тройничного нерва – с противовоспалительной целью.

4. На основании нейроваскулярного конфликта по данным методов визуализации можно говорить о наличии классической невралгии тройничного нерва, что является показанием для проведения оперативного лечения в виде микроваскулярной декомпрессии корешка левого тройничного нерва.

#### **Задание 48.**

В отделение поступила девочка 13-ти лет: продолжительность заболевания – 5 месяцев. Не понимает обращенную речь, не говорит, не ходит.

Заболела среди полного здоровья с генерализованных судорожных эпилептических приступов. Через 2 месяца развился гиперкинетический синдром: вначале хореический гиперкинез, затем – торсионная дистония. Изменилось поведение: стала неадекватной, неопрятной, перестала понимать обращенную речь. Появилась булимия. До настоящего заболевания девочка была здорова. В 7-летнем возрасте перенесла корь.

Объективно: соматически – без патологии; температура тела субфебрильная.

Неврологический статус: дезориентирована в месте и времени, сенсорно-моторная афазия. Активные движения в конечностях резко ограничены. Сухожильные рефлексы повышены, симптом Бабинского с обеих сторон. Мышечный тонус диффузно повышен по ригидному типу. Разбросанный стереотипный гиперкинез в мышцах лица, туловища, конечностей. Не может высунуть язык, поперхивается во время еды. Выявляются симптомы орального автоматизма.

ЭЭГ – билатеральные синхронные пароксизмы острых и медленных волн.

Определите предположительный диагноз, тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

Предположительный диагноз – Подострый склерозирующий панэнцефалит.

Подлежит направлению на ВТЭК для установления группы инвалидности.

Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами метаболической направленности и немедикаментозные средства – массаж, ЛФК (медицинская реабилитация), медико-профессиональную реабилитацию с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовую реабилитацию (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальную реабилитацию, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 49.**

В отделение поступил мужчина 35-ти лет. Заболел остро в июне во время проведения геологоразведочных работ в таежных районах. Через несколько дней был доставлен в больницу в тяжелом состоянии. Через 1,5 недели общее состояние улучшилось.

При осмотре: дизартрия, дисфагия, фасцикуляции на языке и в мышцах плечевого пояса, слабость в мышцах шеи – "свисающая голова", резко выраженная слабость в руках, низкий мышечный тонус в них, нижние конечности интактны, чувствительность сохранена.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма.
2. Специфического лечения нет. Симптоматическое лечение включает интенсивную терапию и нейрометаболическую терапию. Возможно применение индукторов интерферона. В дальнейшем – наблюдение невролога по месту жительства.
3. Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами метаболической направленности (с улучшением метаболизма холина), улучшение нервно-мышечной передачи, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация), при выраженных остаточных явлениях – медико-профессиональную реабилитацию с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовую реабилитацию (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальную реабилитацию, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 50.**

В отделение поступил мужчина 27-ми лет с жалобами на интенсивную распирающую головную боль, лихорадку с подъемом температуры тела до 39,2°C, однократную рвоту. За 2 дня до этого отмечал боль в горле и кашель.

При осмотре – общая слабость, бледность кожных покровов, ригидность мышц затылка. На 3-й день после госпитализации развился эпилептический припадок.

В ликворе: белок – 900 мг/л, глюкоза – 120 мг/л, лейкоциты с преобладанием нейтрофилов – 150 в 1 мкл., эритроциты – 3 в 1 мкл, давление 200 мм вод. ст., цвет ликвора мутный.

В дальнейшем у больного развился синдром гиперсекреции антидиуретического гормона, проявляющийся гипонатриемией, гипоосмолярностью крови, повышением относительной плотности мочи, повышенным выделением натрия с мочой.

1. Вероятный диагноз?
2. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Пневмококковый менингоэнцефалит.
2. Этиотропная терапия включает назначение бензилпенициллина от 18 до 48 млн. ЕД в сутки внутривенно. Эффективны также препараты цефалоспоринового ряда, проникающие через гематоэнцефалический барьер – цефотаксим (по 1-2 г каждые 4-12 ч – до 12 г/сут.) и цефтриаксон (до 100 мг/кг/сут. (до 4 г/сут.) 1 раз в сутки) внутривенно.
3. В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства не менее 3-х лет (особенно – детей): первый осмотр – через 1 месяц, далее 1 раз в 3 месяца в течение первого года, в дальнейшем – 1 раз в 6 месяцев. При наличии последствий менингита в виде астенического синдрома или синдрома вегетативной дисфункции реабилитационные мероприятия могут включать препараты нейрометаболического действия, массаж, ЛФК, лечебные ванны и души.

#### **Задание 51.**

В отделение госпитализирована женщина 37-ми лет с подозрением на менингоэнцефалит – в сознании, в месте и времени ориентирована, эмоционально лабильна. Жалобы на головную боль, повышение температуры тела до 37,8°C, тошноту с периодической рвотой, общую слабость, снижение аппетита.

В неврологическом статусе: недостаточность конвергенции, снижение глоточного рефлекса, глубокие рефлексы с конечностей повышены, больше справа, брюшные рефлексы не вызываются. Выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Исследование крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, вирусы простого герпеса, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр – отрицательно.

Анализ ликвора в день поступления: цитоз 74 в 1 мкл, белок 1,98 г/л. В крови лейкоцитоз 12800 со сдвигом влево. Микроскопия ликвора и посев на бактериальные и грибковые возбудители, микобактерии туберкулеза – отрицательно.

МРТ в T1-ВИ и T2-ВИ с контрастом – интенсивное накопление контраста в проекции субарахноидального пространства мозжечка и супраселлярного пространства.

Повторное исследование ликвора через 10 дней – уменьшение цитоза при сохранении содержания сахара и повышении уровня белка.

В дальнейшем усилилась общемозговая симптоматика, появились признаки поражения черепных нервов, развился правосторонний гемипарез. Состояние прогрессивно ухудшалось и при явлениях отека мозга больная скончалась.

При патологоанатомическом вскрытии обнаружена опухоль в области малой кривизны желудка, которая при гистологическом исследовании оказалась низкодифференцированной аденокарциномой.

1. Вероятный диагноз? Дайте обоснование диагноза.
2. Определите тактику ведения пациента.

*Эталон ответа:*

1. Карциноматоз мозговых оболочек (карциноматозный менингит) может быть начальным проявлением системного ракового процесса в 48% случаев. При этом наиболее частыми формами первичного ракового процесса являются поражение молочной железы, легкого и меланома. Для карциноматозного менингита характерно одновременное начало клинических проявлений поражения разных уровней ЦНС с неуклонным прогрессированием: менингеальный синдром, психические нарушения, поражение черепных нервов (чаще – глазодвигательная группа и тройничный), симптомы поражения спинного мозга, эпилептические припадки.
2. При лечении применяется локальная (в субарахноидальном пространстве) химиотерапия и облучение, по окончании локального лечения или параллельно с ним назначается системная химиотерапия.

#### **Задание 52.**

В приемном отделении мужчина 39-ти лет в коме. При сборе анамнеза у родственников выяснилось, что неделю назад у него повысилась температура тела до 38,8°C, появились заложенность носа, головная боль. Получал аспирин и ампициллин с профилактической целью. Через 4 дня стал агрессивным, нарушилась ориентировка в месте и времени, был госпитализирован в психиатрический стационар.

В стационаре развился генерализованный эпилептический припадок и появилась неврологическая симптоматика в виде правостороннего спастического гемипареза с преобладанием в руке, афазии с нарушением развернутой спонтанной речи, и нерезко выраженных косоглазия и дисфагии. В течение последующего дня развилось угнетение сознания до комы (8 баллов по шкале Глазго), переводится в соматический стационар

В анализе ликвора: лимфоцитарный плеоцитоз, повышенный уровень белка и нормальное содержание сахара.

1. Определите предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз и лечение.
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Герпетический энцефалит, вызванный вирусом простого герпеса 1-го типа.
2. Диагностика основывается на симптоматике поражения орбитальной поверхности лобной доли, медио-базальных отделов лобной, теменной, височной долей, что указывает на характерную локализацию патологического процесса при герпетическом энцефалите. Подтверждение диагноза являются данные биопсии с ПЦР биоптата, ПЦР ликвора на вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов и определение антител к вирусам простого герпеса 1-го и 2-го типов в ликворе (ИФА, ретроспективная диагностика).
3. Лечение – как можно раннее назначение ацикловира в суточной дозе 10-45 мг/кг 3 раза в сутки внутривенно капельно в течение 14-21 дней. Необходима противоотечная терапия – маннитол внутривенно болюсно по 0,25-1,0 г/кг каждые 4-6 часов, дексаметазон по 10 мг каждые 6 ч внутривенно. Противосудорожные средства – вальпроат натрия по 20-40 мг/кг внутривенно.

В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства. В случае стойких остаточных проявлений подлежит направлению на ВТЭК для установления группы инвалидности. При этом реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами нейрометаболической направленности и немедикаментозные средства – массаж,

ЛФК (медицинская реабилитация), медико-профессиональную реабилитацию с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовую реабилитацию (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальную реабилитацию, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 53.**

В отделение госпитализирована женщина 24-х лет с жалобами на подъемы температуры до 37,4°C и увеличение лимфоузлов на шее и в области затылка.

Ранее при обследовании в общем анализе крови – увеличение числа лимфоцитов. С подозрением на инфекционный мононуклеоз пациентка была направлена в инфекционную больницу, где был получен отрицательный результат теста на вирус Эпштейна-Барр. После развившегося судорожного припадка и с жалобами на головную боль пациентка была переведена в неврологическую клинику.

В цереброспинальной жидкости выявлено повышение количества лимфоцитов (400 клеток в 1 мл) и содержания белка, незначительное снижение уровня глюкозы. На КТ головного мозга зарегистрированы очаги низкой плотности.

При целенаправленном сборе анамнеза выяснилось, что за полгода до начала заболевания пациентка похудела и значительно потеряла в весе – 15 кг.

Гематологические исследования, в том числе микроскопирование пунктата лимфоузла, исключили заболевание крови. Заключение гематологов: реактивный лимфаденит.

1. Вероятный диагноз?
2. Обоснуйте лечение.

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Острый ВИЧ-ассоциированный менингоэнцефалит. Представляет собой наиболее тяжелую острую редко возникающую форму первичного поражения ЦНС при ВИЧ-инфекции и связан с прямым поражением клеток головного мозга вирусом иммунодефицита человека. Развитие ВИЧ-менингоэнцефалита может совпадать по времени или предшествовать изменению результатов серологических исследований. Установление диагноза возможно при целостной оценке вирусологического и иммунного статуса пациентки, уточнение факта употребления наркотических средств.
2. В случае установления диагноза ВИЧ-менингоэнцефалита лечение должно включать высокоактивную антиретровирусную терапию и иммунотерапию с применением  $\alpha$ - и  $\beta$ -интерферонов, интерлейкинов, иммуноглобулинов. Симптоматическая терапия должна быть направлена на снижение внутричерепного давления и на купирование судорожного синдрома.

### **Задание 54.**

В отделение госпитализирован мужчина 39-ти лет – на фоне полного здоровья, без каких-либо предшествующих причин, появилась диффузная головная боль, постепенно усиливающаяся в течение недели. На высоте головной боли отмечал тошноту, в последние 2 дня была рвота. Температура тела повышалась до 37,3-37,4°C.

Раньше подобных головных болей не было. В анамнезе – частые ангины, ОРВИ, туберкулезный бронхоаденит, в детстве дважды перенес пневмонию.

При осмотре – светобоязнь, болезненность движений глазных яблок, двусторонний симптом Кернига. Температура 37,4°C. В соматическом статусе при обследовании легких, сердца и органов брюшной полости патологии не выявлено.

1. Назовите предположительный диагноз и тактику ведения пациента.

*Эталон ответа:*



1. Предположительный диагноз – Туберкулезный менингоэнцефалит. Указанные симптомы обусловлены инфекционным синдромом и раздражением мозговых оболочек патологическим процессом.

Особенности ведения пациента заключаются в длительной адекватной противотуберкулезной терапии (аминогликозиды (канамицин, амикацин), изониазид, рифампицин, пиперазид и протинамид, фторхинолоны) до полной санации ликвора и лечения отека головного мозга.

Реабилитационные мероприятия могут включать назначение препаратов с нейрометаболическим действием, ЛФК, массаж воротниковой зоны. Наблюдение невролога по месту жительства – в течение 2-х лет.

#### **Задание 55.**

На приеме мужчина 29-ми лет – летом прошлого года работал в тайге и перенес заболевание, протекавшее с высокой температурой, сильной головной болью, рвотой, болями в мышцах шеи и плечевого пояса; периодически "терял сознание". Такое состояние сохранялось в течение 2-х недель, потом стал постепенно выздоравливать, но вскоре заметил подергивания мышц в области левого плеча, которые иногда сопровождалось приведением и ротацией плеча кнутри. Подергивания были неритмичными, различной интенсивности, постоянными (исчезали только во время сна).

Через 2 месяца развился эпилептический припадок: усилившиеся судороги в мышцах плеча распространились на предплечье, кисть, левую половину лица, затем – на всю половину туловища. Через 3-4 минуты судороги прекратились и только в левом плече оставались подергивания. Подобные приступы стали повторяться каждые 2-3 месяца, во время некоторых из них судороги распространялись и на правую половину тела с последующей кратковременной утратой сознания.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Тактика лечения, диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Клещевой энцефалит, поздняя вторично-прогредиентная форма, парциальная эпилепсия с вторичной генерализацией и развитием клонико-тонических больших эпилептических припадков.
2. Препаратами 1-й линии для профилактики миоклоний являются вальпроевая кислота (10-15 мг/кг/сут. – по 500-1000 мг 2 р/д), леветирацетам (по 500-1000 мг 2 р/д), топирамат (по 25-50 мг 2 р/д). При безуспешности консервативной терапии может быть рекомендовано оперативное лечение – таламотомия, функциональная ("выключение" пораженного полушария путем пересечения всех его связей) или анатомическая гемисферэктомия (удаление полушария или его части).

#### **Задание 56.**

В отделение госпитализирована женщина 32-х лет – сутки назад отметила остро возникшую головную боль – "как ударило в голову".

При осмотре: сонлива, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского.

Спинальная жидкость: цвет-красный мутный белок 1,65%, давление – 400 мм рт. ст. Реакция Панди +, цитоз – 3 кл/мл (лимфоциты), эритроциты на все поле зрения.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Субарахноидальное кровоизлияние.
2. Учитывая молодой возраст пациентки, отсутствие указаний на артериальную гипертензию, прием антикоагулянтов или наркотиков, инфекционные или токсические причины развившегося состояния, необходим диагностический поиск возможных причин САК.

Ведение пациента в блоке нейрореанимации осуществляется в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. Строгий постельный режим – не менее 3-х недель. В первые 72 часа необходимо решить вопрос о нейрохирургическом вмешательстве.

Медикаментозное лечение включает применение анальгетиков или НПВС для купирования головной боли, с целью профилактики ангиоспазма – нимодипин, при тяжелых формах коагулопатии (врожденные и приобретенные дефициты факторов свертываемости, гипокоагуляции) – замещающие факторы свертываемости, при развитии эпилептических приступов – противосудорожная терапия.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 1 раз в 3-4 месяца в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раза в год (не менее 2-х лет).

В дальнейшем при наличии остаточных явлений реабилитационные мероприятия могут включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 57.**

В стационар доставлен мужчина 65-ти лет – 3 дня назад утром, после сна, почувствовал слабость левой руки и ноги, и невращательное головокружение. Слабость прогрессировала и в течение 3-х дней развился паралич левых конечностей. Стал плохо видеть правым глазом.

При осмотре: АД – 110/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой внутренней сонной артерии. Острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,06, Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты.

Опущен левый угол рта, девиация языка влево. Отсутствуют активные движения левых конечностей. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени слева. Глубокие рефлексы с конечностей S>D. Рефлекс Бабинского слева. Гемианестезия слева.

Анализ крови; СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 8000 в I мкл, протромбиновый индекс – 113%, ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, преимущественно в лобной области справа.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Инфаркт мозга (тромбоз правой внутренней сонной артерии), левосторонний спастический гемипарез, амблиопия справа.
2. Ведение пациента в блоке нейрореанимации осуществляется в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. В случае отсутствия противопоказаний в период терапевтического окна возможно проведение системного тромболизиса. В дальнейшем лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж,

ЛФК (медицинская реабилитация). Уже на этом этапе должна проводиться вторичная профилактика инсульта.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 1 раз в 3-4 месяца в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раза в год.

3. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях у пациентов трудоспособного возраста может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 58.**

В стационар доставлен мужчина 53-х лет с жалобами на умеренную головную боль и невращательное головокружение.

Головные боли начали беспокоить в течение последних 4-5 месяцев, однако продолжал работать. Около 2-х недель назад, после психо-эмоционального напряжения во время совещания, боли усилились. Обратился в поликлинику, лечился амбулаторно по поводу "энцефалопатии". Выяснилось, что при посещении поликлиники в течение последних 10 дней каждый раз испытывал немалые трудности в поисках кабинета невролога.

При осмотре выявлена неосознаваемая левосторонняя гомонимная гемианопсия. Парезов конечностей нет, глубокие рефлексы с рук и ног S=D.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Необходимо проводить дифференциальную диагностику между инфарктом мозга, обусловленным тромбозом правой задней мозговой артерии, и внутримозговым объемным новообразованием в правой затылочной доле, что требует проведения МРТ головного мозга.
2. Ведение пациента в случае мозгового инсульта должно проводиться по протоколу лечения в ранний восстановительный период. В случае выявления опухоли – решение вопроса об оперативном вмешательстве.
3. Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 1 раз в 3-4 месяца в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 59.**

В стационар доставлен мужчина 27-ми лет в крайне тяжелом состоянии. Со слов родственников – страдал артериальной гипертонией с юношеских лет. 7 дней назад внезапно, потеряв сознание, упал в квартире. Подняться самостоятельно не смог из-за слабости в правых конечностях. С того же дня – речевые нарушения.

Осмотрен на дому неврологом, госпитализирован в местную больницу, на 2-й день выполнена люмбальная пункция. Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный реакция Панди +, белок – 0,3 г/л, цитоз – 5 клеток (лимфоциты).

Несмотря на проводимую терапию, состояние продолжало ухудшаться и после консультации нейрохирурга на 7-й день переведен в клинику.

При поступлении выявлены правосторонняя гемиплегия, моторная афазия, выраженные общемозговые симптомы. Выполненная ЭхоЭГ выявила смещение срединных структур слева направо на 9-10 мм.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.
4. Правильной ли была тактика врача на 1-ом этапе?

*Эталон ответа:*

1. У больного геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с интрацеребральной гематомой. Клинический диагноз – Внутримозговое кровоизлияние в левой гемисфере, спастическая правосторонняя гемиплегия, моторная афазия.
2. В случае геморрагического инсульта необходимо неотложное решение вопроса об оперативном вмешательстве. Ведение пациента в блоке нейрореанимации осуществляется в соответствии с принципами базисной терапии инсульта с акцентом на противоотечные и гипотензивные средства.  
Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 1 раз в 3-4 месяца в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раза в год.
3. В дальнейшем реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).  
При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.
4. Выполненная люмбальная пункция могла вызвать синдром дислокации с вклинением ствола, т.к. при ЭхоЭГ выявлено смещение срединных структур на 9-10 мм. Поэтому правильное решение заключается в госпитализации больного в многопрофильный стационар для дообследования (ЭхоЭС, РКТ и т.д.) и оказания специализированной помощи.

#### **Задание 60.**

На приеме женщина 42-х лет с жалобами на то, что в течение 3-4-х лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. К врачу сначала не обращалась, стала прикладывать телефонную трубку к левому уху и старалась, чтобы собеседник находился слева. В последнее время стали беспокоить приступы вращательного головокружения, неустойчивость при ходьбе, неловкость в правых конечностях. Последнее время наблюдалась у невролога по месту жительства с диагнозом "энцефалопатия".

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Опухоль мосто-мозжечкового угла справа.
2. Для уточнения диагноза необходима нейровизуализация структур ствола головного мозга с помощью МРТ. В случае подтверждения диагноза лечение должно быть хирургическим. Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 2-3 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-3 раза в год.
3. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 61.**

Сын привел свою мать 52-х лет к неврологу консультативной поликлиники. Со слов сына – мать стала многословной, часто рассказывает анекдоты скабрёзного содержания, стала отличаться повышенным аппетитом, часто – необоснованно повышенное настроение. Последнее время наблюдалась у невролога по месту жительства с диагнозом "энцефалопатия".

При осмотре выявлена двухсторонняя аносмия, в остальном неврологический статус без особенностей.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Опухоль основания передней черепной ямки с ростом из ольфакторных ямок (менингиома).
2. Для уточнения диагноза необходима нейровизуализация структур ствола головного мозга с помощью МРТ. В случае подтверждения диагноза лечение должно быть хирургическим. Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 2-3 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-3 раз в год.
3. В дальнейшем реабилитационные мероприятия могут включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина) (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 62.**

В отделение поступила женщина 49-ти лет с постоянной формой фибрилляции предсердий – самостоятельно прекратила лечение антиаритмическими препаратами и через несколько дней внезапно утратила понимание речи (могла произнести несколько понятных фраз и весьма бегло воспроизводила звуки, но была не в состоянии выполнять простейшие приказы или повторить простые предложения, попытки чтения вызывали у нее негативизм и возбуждение.

На МРТ выявлен очаг в левой височной области.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,

### 3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Инфаркт мозга в корковых ветвях левой СМА (кардиоэмболический), сенсорная афазия.
2. Лечение в данном случае должно включать мероприятия вторичной профилактики инсульта (непрямые оральные антикоагулянты, при невозможности – антиагреганты), препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, занятия с логопедом. Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – в течение 1 года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.
3. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 63.**

В отделение доставлена женщина 62-х лет, длительно страдающая гипертонической болезнью, – внезапно ощутила нестерпимую боль в верхней части живота, через 20 минут развилась нижняя параплегия, онемение ног и нижней части живота.

Общее состояние средней степени тяжести. ЧСС 102 в минуту, мерцательная аритмия. АД 160/70 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Неврологический статус: ЧН и верхние конечности в норме. Нижняя вялая параплегия с арефлексией, анестезия с уровня Т11, глубокая чувствительность сохранена. Задержка мочи. Перкуссия остистых отростков Т9-Т11 болезненна.

Кровь: лейкоцитоз 14,9 (п – 14%, с – 78%, л – 9%, м – 5%), СОЭ 5 мм/ч, ПТИ 109%. Люмбальная пункция: давление – 40 мм вод.ст., ликвор слегка ксантохромный, белок – 0,99 г/л, цитоз – 24/3.

Вскоре присоединились олигурия и быстрое нарастание легочно-сердечной и почечной недостаточности. Через 30 часов от начала заболевания больная умерла.

1. Укажите причину возникших расстройств.
2. Определите предположительный диагноз,
3. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
4. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Топический диагноз – поражение передних 2/3 поперечника спинного мозга с уровня Т8 и ниже с 2-х сторон – с вовлечением спино-таламических путей и передних рогов на уровне поясничного утолщения (перекрывающее поражение пирамидных путей в боковых столбах) – бассейн передней спинальной артерии (синдром Преображенского).

Можно также думать о поражении СМ вокруг центрального канала ("карандаш Цюльха") на уровне Т11 с вовлечением всего серого и части белого вещества (зоны смежного кровообращения ПСА и ЗСА) при нарушении кровотока к СМ на уровне аорты (механизм кардиоэмболии). Учитывая боли в верхней части живота и

быстрое нарушение функции почек, следует отдать предпочтение данному варианту.

2. Клинический диагноз – Инфаркт спинного мозга (кардиоэмболический) в зоне смежного кровообращения ПСА и ЗСА на Т11 с вовлечением всего серого и части белого вещества, нижняя вялая параплегия, диссоциированное расстройство чувствительности, дисфункция тазовых органов (задержка мочи).
3. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта в сочетании с мероприятиями вторичной профилактики инсульта (непрямые оральные антикоагулянты, при невозможности – антиагреганты), препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В.

Диспансерное наблюдение такого пациента у невролога по месту жительства – в течение 1 года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

4. В дальнейшем реабилитационные мероприятия у такого пациента также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 64.**

В отделение доставлена женщина 39-ти лет – сегодня днем после физической нагрузки развилась сильная головная боль, была однократная рвота, сознание нарушилось по типу оглушения, чередующегося с приступами двигательного возбуждения.

В течение последнего месяца периодически отмечала двоение предметов при взгляде прямо перед собой и влево и боли в лобно-орбитальной области справа, расширение правого зрачка.

При осмотре через час после поступления: неполный синдром наружной стенки правого кавернозного синуса, мидриаз справа. Глубокие рефлексy без убедительной сторонности. Признаки фотофобии. Менингеальных симптомов не выявлено. Температура тела нормальная. АД 150/90 мм рт.ст.

Через 3 дня развился левосторонний гемипарез с наличием симптома Бабинского и менингеальных симптомов. Общемозговая симптоматика сохраняется.

1. Ваше мнение о характере процесса, генезе гемипареза и необходимости использования инструментальных методов исследования.
2. Определите предположительный диагноз,
3. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
4. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. На 1-ом этапе, поскольку хемоза и экзофтальма нет, то диагноз синдрома Толоса-Ханта маловероятен. Исключить его поможет отсутствие гранулем в области верхней глазничной щели или в наружной стенке кавернозного синуса на МРТ головного мозга. На этом этапе можно было также думать об опухоли пещеристого синуса или о его тромбозе.
2. Клинический диагноз – Синдром верхней глазничной щели (синдром кавернозного синуса).

3. Развитие в дальнейшем гемипареза с менингеальным синдромом свидетельствует о разрыве аневризмы супраклиноидной части ВСА (субарахноидальное кровоизлияние) – синдром Редера. Золотым стандартом диагностики аневризмы являются церебральная ангиография и КТ-ангиография.  
Лечение пациента с аневризмой должно быть хирургическим.  
Диспансерное наблюдение такого пациента у невролога по месту жительства – в течение 1 года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.
4. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также могут включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).  
При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 65.**

В отделение доставлена женщина 64-х лет с артериальной гипертензией в анамнезе в течение 10 лет (адаптирована к АД 140/90 мм рт.ст.), у которой на фоне повышения АД до 210/110 мм рт.ст., сопровождавшегося диффузной головной болью, отмечалась кратковременная потеря сознания с тонико-клоническими судорогами в конечностях, преимущественно в левых, и прикусом языка. Придя в сознание, больная обнаружила у себя слабость в дистальных отделах левой ноги.

При осмотре выявлен центральный, преимущественно дистальный, парез левой ноги. При РКТ, произведенной через 5 дней, выявлен гиперденсивный очаг размером 2,5х3,0 см парасагиттально на уровне центральных извилин справа, который был расценен как проявление геморрагического инсульта. Из проведенного обследования обращало на себя внимание ускорение СОЭ до 50 мм/ч. Пациентка выписана из стационара с улучшением с диагнозом: ОНМК по смешанному типу в бассейне правой передней мозговой артерии на фоне артериальной гипертензии III ст.

В дальнейшем отмечались умеренные головные боли, преимущественно в правой теменной области, и нарастающий парез левой ноги.

1. Определите предположительный диагноз,
2. характер патологического процесса,
3. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
4. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Объемное образование задне-нижних отделов правой прецентральной извилины (с учетом наличия головной боли, повышения СОЭ, нарастания степени пареза ноги, эффекта раздражения коры с развитием судорожного приступа).
2. Для уточнения характера патологического процесса необходимо проведение МРТ головного мозга с контрастом.
3. Лечение в случае подтверждения диагноза опухоли должно быть оперативным.  
В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1 года – 1 раз в 2-3 месяца, далее – 1-3 раза в год.
4. Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), противоотечные средства, препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, немедикаментозные средства –



электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях у пациентов трудоспособного возраста может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 66.**

В отделение доставлена женщина 62-х лет – сегодня днем во время приготовления обеда почувствовала внезапное головокружение, сопровождавшееся тошнотой и рвотой, сильную головную боль в затылочной области.

В анамнезе – артериальная гипертензия в течение 15 лет (гипотензивные препараты принимала регулярно и постоянно). Адаптирована к АД 160/90 мм рт.ст.

При осмотре – сонлива, вялая. АД 230/130 мм рт.ст. Зрачки S=D, 3 мм в диаметре, фотореакции сохранены. Глазные яблоки и голова повернуты вправо. Глубокие рефлексы с конечностей повышены, D>S. Симптом Бабинского справа. Адиадохокинез, легкая дисметрия, мышечная гипотония в левых конечностях. Спустя час после осмотра стала еще более заторможенной, стали определяться двусторонние стопные знаки. Выявлена брадикардия 50 ударов в минуту.

При РКТ головного мозга – гиперденсивный очаг в левом полушарии мозжечка.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Кровоизлияние (гематома) в левом полушарии мозжечка, отек ствола мозга. В тоже время нельзя исключить наличие опухоли мозжечка, что требует проведения МРТ головного мозга.
2. Лечение гематом мозжечка – оперативное при объеме гематомы 14 см<sup>3</sup> и более или максимальном диаметре >3 см, сдавлении ствола мозга, развитии окклюзионной гидроцефалии. При этом хирургическое лечение противопоказано при угнетении сознания до глубокой или запредельной комы с нестабильностью гемодинамики. Консервативное ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта с акцентом на гипотензивную и противоотечную терапию.

В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1 года – 1 раз в 2-3 месяца, далее – 1-3 раза в год.

3. Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях у пациентов трудоспособного возраста может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 67.**

В отделение доставлена женщина 33-х лет, с 15-ти лет страдающая приступами мигрени с офтальмической аурой с частотой 2-4 раза в месяц. Приступ заключается в том, что после кратковременных фотопсий с присоединяющимися двусторонними скотомами

через 10-15 минут развивается гемикрания (с чередованием сторон при разных приступах) длительностью несколько часов. В межприступном периоде считала себя здоровой. Последние 2 года головные боли не отмечала.

Неделю назад на фоне интенсивной правосторонней головной боли, которой предшествовали фотопсии в левых полях зрения, возникла левосторонняя гомонимная гемианопсия, повторная рвота. Головная боль и гемианопсия не проходили в течение двух суток, в связи с чем была госпитализирована.

При осмотре – помимо гемианопсии выявлены легкая левосторонняя пирамидная недостаточность и недостаточность иннервации мимической мускулатуры по центральному типу. При соматическом осмотре патологии не выявлено. Гемограмма не изменена. Семейный анамнез отягощен по мигрени.

При РКТ в день поступления – патологии не выявлено, однако через 2 недели при повторной РКТ выявлен гиподенсивный очаг в правой затылочной доле.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Инфаркт мозга в бассейне правой ЗМА (мигрень-индуцированный инсульт). Такой расценивается как мигренозный инфаркт (G43.3), являющийся осложнением мигрени. В то же время необходимо проведение МРТ и МРА головного мозга для исключения другой этиологии инфаркта мозга с симптомами, напоминающими мигрень с аурой (окклюзия/диссекция базилярной или позвоночной артерий, кардиоэмболии, артериовенозные мальформации, церебральный венозный тромбоз). При этом РКТ в остром периоде может не выявлять ишемические изменения в тканях головного мозга, поэтому в данном случае только на повторной РКТ выявлен сформировавшийся очаг инфаркта мозга.

2. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. Лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, препараты магния.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1-го года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем – 1-2 раза в год.

3. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, препараты магния, витамины группы В, немедикаментозные средства – ЛФК (медицинская реабилитация). С целью профилактики приступов мигрени и нарушений мозгового кровообращения возможно назначение вазобрала (по 1/2-1 таблетке 2 раза в день в течение 2-3 месяцев).

При выраженных остаточных явлениях инсульта может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 68.**

В отделение доставлена женщина 22-х лет, первобеременная, с диагнозом "Острый миелит, нижняя вялая параплегия. Беременность 34 недели".

За месяц до госпитализации стала замечать повышенную утомляемость ног при ходьбе, стала часто запинаться. Отмечался эпизод, когда, поднимаясь по лестнице, упала

("подкосились ноги"), было недержание мочи. Через 5-10 минут все нарушения регрессировали. В дальнейшем в положении лежа на спине стали появляться преходящие чувство зябкости и слабость в ногах. Проснувшись сегодня утром, обнаружила отсутствие активных движений в ногах, онемение нижней части тела, недержание мочи.

При осмотре: нижняя вялая параплегия с арефлексией, диссоциированная параанестезия с уровня Т9, недержание мочи. Пульсация артерий тыла стопы ослаблена. Температура тела периодически субфебрильная. Анализ крови: Л 8,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 28 мм/ч. Ликвор не изменен, ликворологические пробы не нарушены. На спондилограммах патологии не выявлено.

Через 2 суток после родоразрешения путем кесарева сечения появились активные движения в пальцах ног, позывы к мочеиспусканию. Через 5 дней стали вызываться коленные рефлексы и симптом Бабинского с обеих сторон. В течение 2-х недель явления неврологического дефицита значительно регрессировали.

1. Объясните особенности неврологической симптоматики.
2. Определите предположительный диагноз,
3. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
4. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Неврологическая симптоматика обусловлена компрессией беременной маткой брюшной аорты и ухудшением (особенно в положении лежа на спине) при этом кровоснабжения спинного мозга с развитием сначала преходящей ишемии поясничного утолщения с парезом ног и недержанием мочи, а затем – более стойких двигательных, чувствительных и тазовых расстройств (бассейн артерии поясничного утолщения Адамкевича).
2. В то же время компрессия брюшной аорты может быть связана с периаортальной опухолью, что должно быть исключено после проведения МРТ забрюшинного пространства. Также ишемия поясничного утолщения может развиваться при сдавлении непосредственно самой артерии Адамкевича грыжей МПД, однако в данном случае нет указаний на вертебральный болевой синдром. На отсутствие миелита указывает отсутствие воспалительных изменений в крови и быстрый регресс неврологической симптоматики.
3. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта и связано с решением вопроса о быстром родоразрешении. Лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, препараты магния.  
Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – в течение 1 года - 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.
4. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

**Задание 69.**

Женщина 48-ми лет госпитализирована в состоянии комы. Со слов родственников, за 5 дней до этого почувствовала некоторое недомогание, затем развились головная боль и рвота, температура тела повысилась до 39,0°C. Обращалась к участковому терапевту, который расценил ее состояние как ОРВИ. Анализ крови был без патологии. Непосредственно перед поступлением в стационар обнаружена в комнате без сознания.

При осмотре – на раздражители не реагирует, голова и глазные яблоки отведены влево. В области левого глаза, левого бедра и колена – мелкие экхимозы. Левый зрачок несколько шире правого, реакция на свет сохранена. Корнеальные рефлексы сохранены. Мышечная гипотония. Глубокие рефлексы с конечностей сохранены, D>S, двусторонние стопные патологические знаки. Умеренная ригидность задних шейных мышц. В реанимационном отделении отмечались повторные судорожные припадки с поворотом головы и глаз вправо, между которыми больная в сознание не приходила.

При МРТ – гетерогенный очаг с геморрагическим пропитыванием в левой височной доле. В анализе ликвора – смешанный плеоцитоз 550 клеток в мкл, эритроциты 200 в мкл, белок 2 г/л.

После купирования судорожного синдрома у больной выявлены признаки правосторонней пирамидной недостаточности, тремор, больше в правой руке, интенция, дисметрия при выполнении ПНП, D>S, явления сенсорной афазии.

1. Назовите круг дифференцируемых заболеваний. Обоснуйте диагноз. Назовите достоверные и вероятные критерии.
2. Определите предположительный диагноз,
3. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
4. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Указанное состояние может быть обусловлено развитием объемного образования в левой лобно-височной области головного мозга (гематома, опухоль, абсцесс). Разрушение структур левой лобно-височной области обуславливает развитие левосторонней пирамидной симптоматики, отведение головы и глазных яблоки влево и сенсорной афазии. За счет раздражения корковых структур во время судорожного приступа возникает поворот головы и глаз вправо. Смещение ствола мозга за счет отека обуславливает сдавление корешка глазодвигательного нерва слева с развитием мидриаза на стороне очага.
2. Учитывая при этом начало с общемозговой симптоматики с последующим присоединением инфекционных проявлений, воспалительные изменения в ликворе, гетерогенность очага на МРТ, выраженную общемозговую симптоматику, следует думать о диагнозе "Внутричерепная гематома левой лобно-височной области головного мозга с нагноением".
3. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта с учетом решения вопроса об оперативном вмешательстве.  
Консервативное лечение должно включать антибиотикотерапию (можно назначить препараты цефалоспоринового ряда, проникающие через гематоэнцефалический барьер – цефотаксим (по 1-2 г каждые 4-12 ч – до 12 г/сут.) и цефтриаксон (до 100 мг/кг/сут. (до 4 г/сут.) 1 раз в сутки) внутривенно.), противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), занятия с логопедом.  
Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 2-3 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-3 раза в год.
4. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную

передачу, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 70.**

В отделение доставлен мужчина 52-х лет с жалобами на вращательное головокружение, пошатывание при ходьбе, больше влево, осиплость голоса, поперхивание при проглатывании воды, двоение в вертикальной плоскости.

Из анамнеза – за 1 месяц до этого внезапно почувствовал боль в левой половине головы и в левом глазу, а затем появились перечисленные жалобы. АД было нормальным. Периодически отмечал блестящие зигзаги перед глазами, появилась непреодолимая сонливость днем. На следующий день фотопсии и сонливость исчезли, но выявил снижение чувствительности на левой половине лица и правой половине тела.

В течение 2-3 последующих недель несколько ухудшились фонация и глотание. Отмечал колебания АД (иногда – повышение до 180/100 мм рт.ст.), периодически – учащенное сердцебиение.

При осмотре: слева – легкий птоз и энофтальм, корнеальный рефлекс снижен. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Дисфония, дисфагия. Глоточный рефлекс слева снижен. Гипалгезия левой половины лица в наружных зонах Зельдера и на правой половине туловища и конечностях. Легкая правосторонняя пирамидная недостаточность без патологических рефлексов. Интенция и дисметрия при ПКП и КПП слева. ПТИ – 108%. Глазное дно: признаки ангиопатии.

После лечения неврологическая симптоматика частично регрессировала, однако при физических упражнениях замечал снижение звучности голоса и появление пелены перед глазами.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Инфаркт левой половины продолговатого мозга (тромбоз интракраниального отдела левой позвоночной артерии в месте отхождения задней нижней артерии мозжечка). Преходящие расстройства обусловлены кратковременным ухудшением кровоснабжения соответствующих областей мозга.
2. Ведение пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. Тромболитическая терапия в данном случае противопоказана, поскольку время терапевтического окна упущено. Вторичная профилактика атеротромботического инсульта должна начинаться уже после стабилизации гемодинамики.  
Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – в течение 1 года - 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.
3. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к

ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 71.**

На приеме женщина 32-х лет с жалобами на резкие жгучие боли в области левой ладони, уменьшающиеся лишь при обертывании кисти влажной салфеткой.

1 месяц назад во время мытья окна повредила верхнюю треть левого предплечья разбитым стеклом. Сразу после травмы возникло ограничение активных движений пальцев левой кисти. Амбулаторное лечение без эффекта. Спустя месяц появились указанные боли.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено, функции черепных нервов не нарушены. Определяется ограничение сгибания 1-2-го и отчасти – 3-го пальцев левой кисти. Затруднено сжатие пальцев в кулак, не может противопоставить большой палец остальным. Атрофированы мышцы возвышения большого пальца. Снижена чувствительность на ладонной поверхности 1-3-го пальцев. Наблюдается отечность тыльной поверхности левой кисти, она холодная и влажная на ощупь. Ногти тусклые, ломкие. Кисть имеет форму "обезьяньей". Рефлексы с бицепса и трицепса вызываются, карпорадиальный справа – снижен.

1. Чем объяснить своеобразие боли и вазомоторно-трофические расстройства в области левой кисти?
2. Определите предположительный диагноз,
3. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
4. реабилитационные мероприятия.

Эталон ответа:

1. Своеобразные жгучие боли, так называемые "каузалгические" и вазомоторно-трофические расстройства обусловлены повреждением симпатических волокон в составе срединного нерва.
2. Клинический диагноз – Травматическая нейропатия левого срединного нерва с двигательными, чувствительными и вегетативными расстройствами, восстановительный период.
3. Лечение: антиконвульсанты (габапентин), препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, оперативное (невролиз, нейрорафия) после проведения ЭНМГ.  
Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 2-3 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1 раз в год.
4. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 72.**

На приеме мужчина 37-ми лет, водитель. В течение 4-х лет периодически беспокоят боли в пояснице. Три дня назад, после поднятия тяжести, возникли стреляющие боли в поясничной области и по задне-наружной поверхности правой ноги. Боли усиливаются при движениях в поясничном отделе позвоночника, кашле, чихании.

Объективно: сколиоз поясничного отдела вправо, движения в поясничном отделе ограничены из-за боли. Правый ахиллов рефлекс отсутствует. Снижена сила в разгибателе большого пальца правой стопы. Гипестезия по наружному краю и тылу стопы во всех пальцах, кроме большого. Болезненность при пальпации остистых отростков L4-L5, паравертебральных точек на этом уровне (больше справа) и точек Валле справа. Симптом Ласега "+" справа с 30°.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела в боковой проекции выявлено сужение межпозвонковой щели L4-L5.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.
4. Врачебно-трудовая экспертиза.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Вертеброгенная (дегенерация межпозвонкового диска) радикулопатия L5-S1 справа, вялый парез разгибателя большого пальца правой стопы, болевой и мышечно-тонический синдромы с нарушением статокинетической функции позвоночника.
2. Лечение заключается в назначении постельного режима, анальгетиков или НПВС до стихания спонтанной боли, миорелаксантов внутрь или в/м, противоотечных средств (в/в венотоник L-лизина эсцинат), препаратов с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препаратов, улучшающих микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витаминов группы В, хондропротекторов. Возможны корешковые, паравертебральные или эпидуральные блокады с местными анестетиками, физиотерапия – СМТ или ДДТ 8-10 на поясничную область, фонофорез с гидрокортизоном на эту же область 10. Больной нетрудоспособен 3-4 недели.  
В дальнейшем – диспансерное наблюдение невролога по месту жительства 2-3 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раза в год.
3. Реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК, тепло- и водолечение (медицинская реабилитация).
4. При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 73.**

На приеме мужчина 36-ти лет обратился с таким анамнезом: 3 месяца назад перенес травму с вывихом правого плечевого сустава, после вправления вывиха движения руки не восстановились.

При осмотре: активные движения правого плечевого сустава резко отграничены из-за слабости, не может согнуть правое предплечье в локтевом суставе, движения в лучезапястном суставе сохранены. Выявляется атрофия дельтовидной и двуглавой мышц справа. Рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы не вызывается. Снижена чувствительность на наружной поверхности надплечья, плеча и предплечья справа.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Травматическая плечевая плексопатия справа с поражением корешков С5-С6 (паралич Дюшенна-Эрба), вялый парез дельтовидной и двуглавой мышц.
2. Необходимо проведение ЭНМГ для уточнения степени выраженности повреждения сплетения и решения вопроса об оперативном лечении.  
Лечение: препараты метаболического действия, препараты, улучшающие синаптическую передачу, ЛФК, массаж, физиотерапия, в дальнейшем – санкурлечение.  
Лечение заключается в назначении препаратов с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препаратов, улучшающих микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витаминов группы В. Возможно проведение физиотерапии – магнитотерапия 8-10 на область плечевого сустава В дальнейшем – диспансерное наблюдение невролога по месту жительства 2-3 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1 раз в год.
3. Реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК, тепло- и водолечение (медицинская реабилитация).

#### Задание 74.

В отделение доставлен мужчина 52-х лет с жалобами на чувство "ползания мурашек" в кистях и стопах, пошатывание при ходьбе, особенно в темноте, значительное ухудшение памяти на текущие события, которые развились подостро. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

При осмотре: мышечная сила в дистальных отделах рук и ног снижена до 4-х баллов. Коленные и ахилловы рефлексы не вызываются. В пробе Ромберга с закрытыми глазами – резкая шаткость. Гипестезия в дистальных отделах рук и ног – от локтевых и коленных суставов. Снижено мышечно-суставное чувство в пальцах ног.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.
4. С каким заболеванием проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. Клинический диагноз – Алкогольная полинейропатия верхних и нижних конечностей, вялый дистальный тетрапарез, сенситивная атаксия. Такой диагноз может быть обусловлен указанием в анамнезе на хронический алкоголизм, при котором развивается поражение внутренних органов (в первую очередь – печени) с дефицитом тиамин и других витаминов группы В. Наступающие метаболические сдвиги обуславливают множественное поражение периферических нервов с разрушением миелина и дегенерацией аксонов.
2. Лечение должно включать дезинтоксикационную терапию, витамины группы В (особенно В1), препараты метаболического действия, препараты, улучшающие микроциркуляцию и улучшающие синаптическую передачу, физиотерапевтические воздействия (д'Арсонваль или магнитотерапия на дистальные отделы рук и ног), ЛФК, массаж, при грубых парезах – фиксация свисающих стоп съёмными шинами.  
Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 2-4 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раза в год.
3. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и



нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

4. В тоже время необходимо провести дифференциальный диагноз с синдромом Гийена-Барре (основные отличия – нарастание симптомов до 4-х недель, повышение уровня белка в ликворе, превалирование демиелинизации по данным ЭНМГ, положительный прогноз)

#### **Задание 75.**

На приеме женщина 23-х лет с жалобами на то, что правый глаз плохо закрывается, рот "перекосило" в левую сторону, пища застревает между правой щекой и деснами, жидкая пища выливается из правого угла рта.

Три дня назад в течение 2-х часов ехала в автобусе лицом по ходу движения у открытого окна, расположенного справа от нее. Утром обнаружила указанные жалобы, но обратилась только на 3-й день.

При осмотре – асимметрия лица, на правой половине лба кожные складки сглажены, правый глаз шире левого, слезится, реже мигает. Правая носогубная складка сглажена, рот "перетянут" влево. При зажмуривании глаз вертикальные складки правой брови не образуются. Правая бровь кверху не поднимается. Правый глаз не закрывается. При оскаливании зубов рот и нос перетягиваются влево, надуть щеки и посвистеть не может, правая щека парусит. Вкус на языке не нарушен

Исследование электровозбудимости мимических мышц изменений не выявило.

1. Определите предположительный диагноз,
2. тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения,
3. реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Нейропатия правого лицевого нерва, острый период, прозоплегия. Поражение лицевого нерва в данном случае обусловлено ухудшением микроциркуляции и отеком оболочек нерва в шилососцевидном отверстии по механизму туннельного синдрома вследствие локального переохлаждения. Причиной может быть врожденная узость шилососцевидного отверстия пирамиды височной кости, что устанавливается при проведении МРТ.
2. Лечение должно быть направлено на уменьшение отека (ИРТ, кортикостероидные препараты – пульс-терапия в течение 3-х дней или внутрь в дозе 1 мг/кг в течение 7-10 дней с последующим постепенным уменьшением и отменой), улучшение микроциркуляции и восстановление разрушенных структур нерва (прежде всего – препараты, улучшающие метаболизм холина). Назначают также НПВС, антиоксиданты, витамины группы В. В тех случаях, когда заболевание вызвано вирусом герпеса, в первые 5 дней применяют противогерпетические препараты (ацикловир, валацикловир). В остром периоде применяется фиксация мягких тканей лица полосками лейкопластыря с целью профилактики перерастяжения тканей и мышц лица.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства (при необходимости) – 2-4 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раз в год.

3. В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства –

ИРТ, массаж, ЛФК, грязевые аппликации, хлоридно-натриевые, йодобромные, радоновые ванны (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

## ОПК- 7

Задания закрытого типа: **ВСЕГО 25 заданий.**

### **. Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Укажите критерии эффективности диспансеризации пациентов с проходящими нарушениями мозгового кровообращения (ПНМК) с очаговой неврологической симптоматикой:

- 1.Отсутствие повторных случаев ПНМК. Сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.
- 2.Единичные повторные ПНМК в течение года без нарушения трудоспособности.
- 3.Отсутствие повторных случаев ПНМК без сохранения трудоспособности, со снижением временной нетрудоспособности.
- 4.Единичные повторные ПНМК в течение года с нарушением трудоспособности.
- 5.Множественные повторные случаев ПНМК без сохранения трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.

Эталон ответа: 1 Отсутствие повторных случаев ПНМК. Сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.

### **Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

**При сотрясении головного мозга терапия на догоспитальном этапе:**

1. является симптоматической
2. направлена на стабилизацию жизненно важных функций
3. проводится по жизненным показаниям
4. не проводится

Эталон ответа: **1. является симптоматической**

### **Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

**Выявление у пострадавшего менингеального синдрома свидетельствует о наличии:**

1. сотрясения головного мозга
2. травматического субарахноидального кровоизлияния
3. спинального шока
4. диффузной аксональной травмы

Эталон ответа: 2 травматического субарахноидального кровоизлияния

### **Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Наличие «светлого промежутка» при ЧМТ характеризует:**

**при ЧМТ характеризует:**

1. ушиб головного мозга
2. наличие внутричерепной гематомы
3. субарахноидальное кровоизлияние
4. сотрясение головного мозга

Эталон ответа: 2 наличие внутричерепной гематомы

### **Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Критический объем**

**эпидуральной гематомы обычно составляет:**

1. более 5-10 мл
2. более 10-15 мл
3. более 15-20 мл
4. более 20-30 мл
- 5. более 30-40 мл**

Эталон ответа: **5 более 30-40 мл**

### **Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Критический объем**

**субдуральной гематомы обычно составляет:**

1. более 10-20 мл
2. более 20-30 мл
3. более 30-50 мл
4. более 50-80 мл

5. более 80-120 мл

**Эталон ответа: 5 более 80-120 мл**

**Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Наиболее часто встречающийся неврологический симптом при сотрясении головного мозга:**

1. двусторонний симптом Бабинского
2. симптом натяжения Ласега
3. симптом Маринеску-Радовича
4. симптом Брудзинского

Эталон ответа: 3 симптома Маринеску-Радовича

**Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

**Хлыстовую травму шеи следует дифференцировать с:**

1. остеохондрозом шейного отдела позвоночника
2. мигренью
3. черепно-мозговой травмой
4. невротоподобным состоянием

Эталон ответа: 1 остеохондроз шейного отдела позвоночника

**Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

**Последствия сотрясения головного мозга дольше сохраняются у:**

1. детей
2. стариков
3. молодых людей
4. людей зрелого возраста

Эталон ответа : 1 детей

**Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Характер повреждений связок позвоночника в шейном отделе зависит от:**

1. длины конечностей
2. окружности шеи и груди
3. механизма травмы
4. нагрузки при механическом воздействии
5. угла сгибания или разгибания шейного отдела
6. правильно 3,4,5

Эталон ответа: 6 правильно 3,4,5

**Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для изолированных повреждений задних связок шейного отдела позвоночника характерны:**

1. локальная боль в области шеи
2. болезненность при движениях, особенно при разгибании
3. выбухание мягких тканей над областью поврежденных связок
4. локальная боль в лобной и теменной области
5. отек тканей по окружности шеи
6. правильно 1,2,3.

Эталон ответа: 6 правильно 1,2,3

**Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для диффузной аксональной травмы характерны микроскопически диагностируемые кровоизлияния:**

1. на границе серого и белого вещества головного мозга
2. на протяжении проводящих путей белого вещества головного мозга
3. околожелудочковой области
4. мозолистом теле
5. в коре головного мозга
6. правильно 1,2,3,4

Эталон ответа: 6 правильно 1,2,3,4

**Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

**Для подвывиха позвонка при чрезмерном сгибании характерно:**

1. потенциальная нестабильность
2. разрыв связочного аппарата с переломом костей
3. разрыв связочного аппарата без перелома костей
4. обеспечение стабильности за счет неповрежденной передней продольной связки
5. увеличение расстояния между остистыми отростками на рентгенограмме

**6. правильно 1,2,3,4**

Эталон ответа: 6 правильно 1,2,3,4

**Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

**Для перелома остистого отростка («перелома землекопа») характерно:**

1. нестабильность позвоночного столба
2. стабильность позвоночного столба
3. наличие неврологической симптоматики
4. отсутствие неврологической симптоматики
5. образуется при отрыве фрагмента остистого отростка межостистой связкой

**6. правильно 2,3,5**

Эталон ответа: 6 правильно 2,3,5

**Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для переломовывиха тела позвонка при чрезмерном сгибании**

**характерно:**

1. стабильность
2. нестабильность
3. обычно возникают неврологические нарушения
4. неврологические нарушения обычно не возникают
5. многооскольчатый перелом суставных отростков (боковых масс)
6. правильно 2,3,5

Эталон ответа: 6 правильно 2,3,5

**Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для «взрывного» перелома тела позвонка при вертикальной нагрузке**

**характерно:**

1. потенциальная стабильность
2. расширение межпозвоночного пространства при рентгенографии
3. сужение межпозвоночного пространства при рентгенографии
4. перелом тела позвонка оскольчатый
5. неврологические нарушения

**6. правильно 3,4,5**

Эталон ответа: 6 правильно 3,4,5

**Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для «взрывного» перелома С1 (перелома Джефферсона) при вертикальной нагрузке характерно:**

1. нестабильность
2. два перелома передней дуги
3. два перелома задней дуги
4. обычно возникает у ныряльщиков
5. обычно возникает при падении на ягодицы

**6. правильно 1,2,3,4**

Эталон ответа: 6 правильно 1,2,3,4

**Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Анатомические особенности детей, определяющие своеобразность образования повреждений:**

1. соотношение «масса головы к массе тела» больше, чем у взрослого,
2. головной мозг миелинизирован в меньшей степени, чем у взрослого,
3. кости черепа тоньше
4. почка защищена мышцами в большей степени и менее подвижна
5. эпифизарные зоны роста не закрыты

**6. правильно 1,2,5**

**Эталон ответа: 6 правильно 1,2,5**

**Задание 19 Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

**Отдаленный период черепно-мозговой травмы – это:**

1. период клинического выздоровления
2. период максимально возможной реабилитации нарушенных функций
3. период возникновения обусловленных ЧМТ новых патологических состояний

4. период от стабилизации нарушенных функций до их полного восстановления

5. период от стабилизации нарушенных функций до их частичного восстановления

**5. правильно 1,2,3**

**Эталон ответа: 5 правильно 1,2,3**

**Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Окулостатический феномен Гуревича при сотрясении головного мозга – это:**

1. горизонтальный нистагм в крайних отведениях глазных яблок
2. невозможность конвергенции глазных яблок
3. нарушение статики при движениях глазных яблок
4. появление шума в ушах, головокружения при движении глазных яблок

**5. правильно 3,4**

**Эталон ответа: 5 правильно 3,4**

**Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для клинической картины шейного остеохондроза характерно:**

1. приступообразная пульсирующая головная боль
2. отсутствие расстройств статики и походки
3. боль в глазах при взгляде на яркие предметы
4. положительный симптом осевой нагрузки
5. правильно 1,4

**Эталон ответа: 5. правильно 1,4**

**Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

**Хлыстовая травма шеи – это:**

1. повреждение шейного отдела позвоночника вследствие форсированного переразгибания с последующим резким сгибанием шеи
2. повреждение шейного отдела позвоночника вследствие резкого сгибания с последующим разгибанием шеи
3. повреждение шейного отдела позвоночника при резком ротационном воздействии
4. повреждение шейного отдела позвоночника при падении на голову с небольшой высоты

5. повреждение шейного отдела позвоночника при падении на голову с небольшой высоты

**5. правильно 1,2**

**Эталон ответа: 5. правильно 1,2**

**Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Общеасфексические признаки быстрого наступившей смерти является:**

1. экхимозы в серозные оболочки
2. фибриногенолиз
3. жидкое состояние крови
4. наличие светлых свертков крови в сердце
5. правильно 1,3

**Эталон ответа: правильно 1,3**

**Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ**

**Признаки истинного утопления является:**

1. дефекация
2. стойкая пена у отверстий рта и носа
3. специфический запах от полостей
4. наличие жидкости в пазухе клиновидной кости
5. правильно 2,4

**Эталон ответа: правильно 2,4**

**Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Странгуляционную борозду следует дифференцировать от:**

1. естественных складок кожи
2. участков кожи, подвергшихся сдавлению частями одежды
3. проявлений гнилостной трансформации трупа
4. участков опрелости на коже шеи
5. правильно 1,2,3,4

**Эталон ответа: 5 правильно 1,2,3,4**

Вопросы для собеседования и ситуационные задачи: **ВСЕГО 75 ЗАДАНИЙ**

Задания открытого типа:

**Задание 1.**

**Степень выраженности странгуляционной борозды зависит от:**

*Эталон ответа:* материала петли, длительности сдавления шеи, продолжительности постмортального периода

**Задание 2.**

**Странгуляционная борозда при полном самоповешении должна быть: Дайте характеристику странгуляционной борозде при полном самоповешении:**

*Эталон ответа:* странгуляционная борозда при полном самоповешении должна быть косовосходящей.

**Задание 3.**

**Какая статья соответствует экспертизе временной нетрудоспособности**

*Эталон ответа:* Статья 59

**Задание 4.**

**Какие функции осуществляются лечащем врачом экспертизы временной нетрудоспособности**

*Эталон ответа:*

1. Определяет признаки временной утраты нетрудоспособности
2. Фиксирует в первичной медицинской документации
3. Определяет сроки нетрудоспособности 44
4. Выдает документ, удостоверяющий нетрудоспособность

**Задание 5.**

**Какой закон обеспечивает пособие по временной нетрудоспособности**

*Эталон ответа:* Закон 255-ФЗ, статья 5 «Случаи обеспечения пособия по временной нетрудоспособности»

**Задание 6.**

**Опишите основные случаи, при которых осуществляется обеспечение застрахованных лиц пособием по временной нетрудоспособности**

*Эталон ответа:*

1. Утрата трудоспособности в случае заболевания или травмы
2. Необходимость осуществления ухода за больным членом семьи
3. Карантин застрахованного лица, а также карантин ребенка в возрасте до 7 лет
4. Осуществление протезирование по медицинским показаниям в стационарном специализированном учреждении
5. Долечивание в установленном порядке в санаторно-курортных организациях после оказания медицинской помощи

**Задание 7.**

**Перечислите основные уровни проведения экспертизы временной нетрудоспособности в лечебных учреждениях**

*Эталон ответа:*

1. Лечащий врач
2. Врачебная комиссия ЛПУ
3. Врачебная комиссия органов управления здравоохранения территориально
4. Врачебная комиссия органов управления здравоохранения субъекта РФ
5. Главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности МЗ

**Задание 8.**

**Какие документы удостоверяют временную нетрудоспособность**

*Эталон ответа:*

1. Листок нетрудоспособности (больничный лист)
2. Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой справкой (ф095-1/у)



3. Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося (ф095/у)
4. Справка о временном освобождении по уходу за больным ребенком (ф138/у)
5. Справка произвольной формы

#### **Задание 9.**

##### **Что такое лист временной нетрудоспособности?**

*Эталон ответа:* Это официальный медицинский документ, который подтверждает, что вы не имели возможности посещать свое место работы и справляться со своими должностными обязанностями из-за временной нетрудоспособности.

#### **Задание 10.**

**Лист временной нетрудоспособности выдается в следующих случаях:**

*Эталон ответа:*

1. По заболеванию
2. Травмах и отравлению
3. Искусственное прерывание беременности
4. Уход за больным ребенком

#### **Задание 11.**

##### **Основные цели медико-социальной экспертизы:**

*Эталон ответа:*

1. Устанавливает причину и группу инвалидности,
2. Степень утраты трудоспособности граждан,
3. Определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты,
4. Дает рекомендации по трудовому устройству граждан.

#### **Задание 12.**

##### **Где производится Медико-социальная экспертиза?**

*Эталон ответа:* В учреждениях медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения

#### **Задание 13.**

##### **Основные задачи военно-медицинской экспертизы?**

*Эталон ответа:*

1. Определяет годность к военной службе (приравненной к ней службе)
2. Обучению (службе) по конкретным военно-учетным специальностям (специальностям в соответствии с занимаемой должностью),
3. Устанавливает причинную связь увечий (ранений, травм, контузий),
4. Заболеваний у военнослужащих (приравненных к ним лиц, граждан, призванных на военные сборы) и граждан, уволенных с военной службы (приравненной к ней службы, военных сборов),

#### **Задание 14.**

##### **Цель судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы?**

*Эталон ответа:* Установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности

#### **Задание 15.**

##### **Цели экспертизы профессиональной пригодности?**

*Эталон ответа:* Определения соответствия состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ.

#### **Задание 16.**

##### **Как и кем проводится экспертиза профессиональной пригодности?**

*Эталон ответа:* Проводится врачебной комиссией медицинской организации с привлечением врачей-специалистов по результатам предварительных медицинских осмотров и периодических медицинских осмотров. По результатам экспертизы

профессиональной пригодности врачебная комиссия выносит медицинское заключение о пригодности или непригодности работника к выполнению отдельных видов работ.

#### **Задание 17.**

##### **Цель экспертизы связи заболевания с профессией?**

*Эталон ответа:* Установления причинно-следственной связи заболевания с профессиональной деятельностью

#### **Задание 18.**

##### **Как и кем проводится экспертиза связи заболевания с профессией?**

*Эталон ответа:* Проводится специализированной медицинской организацией или специализированным структурным подразделением медицинской организации в области профессиональной патологии при выявлении профессионального заболевания. По результатам экспертизы связи заболевания с профессией выносится медицинское заключение о наличии или об отсутствии профессионального заболевания.

#### **Задание 19.**

##### **Цель экспертизы качества медицинской помощи?**

*Эталон ответа:* Выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

#### **Задание 20.**

##### **Перечислить основные принципы экспертизы нетрудоспособности в России?**

*Эталон ответа:* Первый принцип – государственный характер, который заключается в том, что существуют единые государственные органы, которым дано право решения всех вопросов, связанных с нетрудоспособностью; Второй принцип – профилактическое направление. Главной задачей рассматриваемого вида экспертизы трудоспособности является максимально быстрое восстановление трудоспособности и предотвращение инвалидности; Третий принцип – коллегиальность в решении всех вопросов экспертизы трудоспособности, что достигается одновременным участием нескольких специалистов, администрации.

#### **Задание 21.**

##### **Перечислить единые органы экспертизы нетрудоспособности, определенные Российским законодательством?**

*Эталон ответа:*

1. Лечебно-профилактические учреждения, независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности и формы собственности, при наличии лицензии на данный вид медицинской деятельности;
2. Органы социальной защиты населения различных территориальных уровней;
3. Профсоюзные органы.

#### **Задание 22.**

##### **Что такое трудоспособность?**

*Эталон ответа:* Это такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

#### **Задание 23.**

##### **Что такое нетрудоспособность?**

*Эталон ответа:* Это состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессиональной деятельности невозможно.

#### **Задание 24.**

##### **Напишите медицинские критерии нетрудоспособности?**

*Эталон ответа:*

1. Своевременно поставленный полный клинический диагноз с учетом:
  - а) выраженности морфологических изменений;

- б) тяжести и характера течения заболевания;
- в) наличия декомпенсации и ее стадии;
- 2. Наличие осложнений;
- 3. Прогноз заболевания.

#### **Задание 25.**

##### **Перечислите социальные критерии нетрудоспособности:**

*Эталон ответа:* Социальные критерии отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного:

- 1. Характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического);
- 2. Организацию, периодичность и ритм работы;
- 3. Нагрузку на отдельные органы и системы;
- 4. Наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

#### **Задание 26.**

##### **Основные задачи врачебно-трудовой экспертизы, перечислить:**

*Эталон ответа:*

- 1. Научно обоснованная оценка трудоспособности трудящихся при различных заболеваниях, травмах, увечьях, анатомических дефектах;
- 2. Установление факта временной нетрудоспособности и освобождение от работы в связи с наличием социальных и медицинских показаний, предусмотренных законодательством;
- 3. Определение характера нетрудоспособности (временная, стойкая, полная или частичная);
- 4. Установление причины временной или стойкой нетрудоспособности для определения размеров пособий, пенсий и других видов социального обеспечения;
- 5. Рациональное трудоустройство работающих, не имеющих признаков инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в облегчении труда в своей профессии;
- 6. Определение трудовых рекомендаций инвалидам, позволяющих использовать их остаточную трудоспособность;
- 7. Изучение причин заболеваемости и инвалидности для разработки медицинских и социальных профилактических программ;
- 8. Определение различных видов социальной помощи работающим при временной нетрудоспособности и инвалидам;
- 9. Проведение социально-трудовой реабилитации.

#### **Задание 27.**

##### **Уровни проведения экспертизы временной нетрудоспособности:**

*Эталон ответа:*

- 1. Лечащий врач;
- 2. Врачебная комиссия (ВК) ЛПУ;
- 3. Органы управления здравоохранения территории, входящей в субъект Федерации;
- 4. Органы управления здравоохранения субъекта Федерации;
- 5. Федеральный уровень (Министерство здравоохранения и социального развития).

#### **Задание 28.**

##### **При проведении экспертизы временной нетрудоспособности на первом этапе, кто является исполнителем:**

*Эталон ответа:* Исполнителями являются лечащие врачи, непосредственно осуществляющие амбулаторный прием или лечение больных в стационаре: участковые, цеховые, семейные врачи, специалисты широкого и узкого профиля (хирурги, травматологи, невропатологи, акушеры-гинекологи, стоматологи и др.).

#### **Задание 29.**

##### **Кем осуществляется проведение экспертизы временной нетрудоспособности на втором этапе?**

*Эталон ответа:* Управление ЭВН – функция руководителей медицинских подразделений лечебно-профилактических учреждений и органов здравоохранения.

### **Задание 30.**

**Что входит в обязанности управление экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ?**

*Эталон ответа:* Решение организационных вопросов, контроль за работой лечащих врачей, методическая работа, анализ экспертизы временной нетрудоспособности, проведение мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и инвалидности.

### **Задание 31.**

**Основные звенья управления экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ:**

*Эталон ответа:*

1. Лечащий врач;
2. Заведующий отделением;
3. Заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности;
4. Главный врач.

### **Задание 32.**

**Функции заведующего отделением стационара, поликлиники при ЭВН:**

*Эталон ответа:*

1. Осуществляет постоянный контроль за исполнением лечащими врачами функций по проведению лечебно-диагностического процесса и экспертизы ВН,
2. Проводит экспертную оценку качества оказания медицинской помощи пациентам на разных сроках лечения с обязательным личным осмотром и записью в первичных медицинских документах;
3. Проводит экспертную оценку медицинской документации по окончании периода ВН или при переводе пациента на другой этап лечения;
4. Совместно с лечащим врачом направляет больного на ВК и МСЭ;
5. Контролирует своевременность повышения квалификации лечащих врачей по вопросам экспертизы ВН;
6. Анализирует ежемесячно причины и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность и клинико-экспертные ошибки.

### **Задание 33.**

**Перечислите основные задачи заместителя руководителя по экспертизе временной нетрудоспособности являются:**

*Эталон ответа:*

1. Контроль за организацией и проведением экспертизы временной нетрудоспособности в медицинской организации;
2. Проведение анализа заболеваемости населения с временной утратой трудоспособности, первичного выхода больных на инвалидность, обеспечение разработки и реализации мероприятий по их снижению;
3. Участие в подготовке документов, регламентирующих организацию и проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
4. Оценка экспертной деятельности лечащих врачей и организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности заведующих отделениями медицинской организации;
5. Контроль за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности;
6. Обеспечение повышения квалификации специалистов медицинской организации по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности;
7. Организация врачебных конференций по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;
8. Принятие участия в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;
9. Внесение в установленном порядке предложений по вопросам, входящим в компетенцию;
10. Контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по курируемым разделам работы;

11. Осуществление взаимодействия: - с бюро медико-социальной экспертизы; - со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования; с исполнительными органами Фонда социального страхования Российской Федерации; - другими медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения.

#### **Задание 34.**

**Какие функции осуществляет главный врач в управлении клинично-экспертной работы:**

*Эталон ответа:*

1. Регламентирует клинично-экспертную работу (КЭР) путем издания приказов, положений и других документов по вопросам ЭВН и медико-социальной экспертизы (МСЭ);
2. Организует учет и отчетность по ЭВН;
3. Назначает лиц, ответственных за учет, получение, хранение, расходование бланков, документов, удостоверяющих ВН;
4. Определяет потребность в бланках листов нетрудоспособности и направляет заявку в уполномоченную инстанцию;
5. Применяет санкции к работникам, нарушившим порядок проведения ЭВН, правил обращения с документами, удостоверяющими ВН; при обоснованном подозрении на правонарушение направляет материалы в следственные органы.

#### **Задание 35.**

**Какие медицинские работники выдают лист временной нетрудоспособности?**

*Эталон ответа:*

1. Лечащие врачи медицинских организаций;
2. Фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций (далее, фельдшеры и зубные врачи), в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
3. Лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения.

#### **Задание 36.**

**Какие медицинские работники не имеют право выдавать лист нетрудоспособности?**

*Эталон ответа:*

1. Организаций скорой медицинской помощи;
2. Организаций переливания крови;
3. Приемных отделений больничных учреждений;
4. Бальнеологических лечебниц и грязелечебниц; - медицинских организаций особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);
5. Учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

#### **Задание 37.**

**Кто входит в состав врачебной комиссии ЛПУ?**

*Эталон ответа:* Председатель комиссии (руководитель медицинской организации или один из заместителей руководителя медицинской организации). Включаются: заведующие структурными подразделениями, медицинской организации, врачи-специалисты из числа работников медицинской организации, секретарь.

#### **Задание 38.**

**Дайте определения понятия инвалид.**

*Эталон ответа:* Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

### **Задание 39.**

**Дайте определения понятия ограничение жизнедеятельности.**

*Эталон ответа:* Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

### **Задание 40.**

**Что относится к основным социальным факторам инвалидности?**

*Эталон ответа:*

1. Характер выполняемой работы и требования, предъявляемые работой организму человека;
2. Профессия;
3. Квалификация;
4. Образование;
5. Санитарно-гигиенические и производственные условия труда;
6. Материально-бытовые условия, социально-трудовой прогноз.

### **Задание 41.**

**Перечислите биологические факторы определяющие стойкую нетрудоспособность.**

*Эталон ответа:*

1. Характер заболевания;
2. Степень выраженности функциональных нарушений;
3. Этиология патологического процесса;
4. Адаптационные и компенсаторные возможности организма;
5. Клинический прогноз заболевания или травмы.

### **Задание 42.**

**Юридические права приобретаемы инвалидом:**

*Эталон ответа:*

1. Право ограничить или полностью прекратить профессиональную деятельность;
2. Право на пенсионное обеспечение или на полное государственное обеспечение;
3. Право направления на переобучение и др.

### **Задание 43.**

**Кому из больных присваивается первая группа инвалидности:**

*Эталон ответа:*

Первая группа инвалидности устанавливается больным, которые не могут себя обслужить и нуждаются в постоянной помощи, уходе или надзоре. К ним относятся не только лица с полной потерей трудоспособности, но также и те, которые могут быть приспособлены к отдельным видам трудовой деятельности в особо созданных индивидуальных условиях, например, слепые, слепоглухие.

### **Задание 44.**

**Каким больным присваивается вторая группа инвалидности.**

*Эталон ответа:*

Вторая группа инвалидности устанавливается при выраженных нарушениях функций организма, не вызывающих, однако, полной беспомощности. К этой группе относятся лица, у которых наступает постоянная или длительная полная нетрудоспособность, но которые не нуждаются в постоянном уходе, а также лица, у которых в момент освидетельствования нарушения функций не столь тяжелы, но тем не менее им все виды труда на длительный период противопоказаны вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности

### **Задание 45.**

**Каким больным присваивается третья группа инвалидности.**

*Эталон ответа:*

Третья группа инвалидности устанавливается при значительном снижении трудоспособности, когда:

1. По состоянию здоровья необходим перевод на другую работу по другой профессии более низкой квалификации;
  2. Необходимы значительные изменения условий работы по своей профессии, приводящие к значительному сокращению объема производственной деятельности;
  3. Значительно ограничены возможности трудоустройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц с низкой квалификацией или ранее не работавших.
- Помимо перечисленных случаев, III и II группы инвалидности устанавливаются независимо от выполняемой работы при наличии у больных дефектов и деформаций, влекущих за собой нарушение функций, которые приведены в специальном перечне «Инструкции по определению групп инвалидности».

#### **Задание 46.**

**Перечислите основные функции главного бюро медико-социальной экспертизы**

*Эталон ответа:*

1. Координация деятельности бюро (филиалов главного бюро), обобщение опыта их работы на обслуживаемой территории;
2. Рассмотрение жалоб граждан, прошедших освидетельствование, на решения бюро;
3. Проведение освидетельствования граждан в экспертных составах главного бюро в порядке обжалования решений бюро, изменение решений бюро при наличии оснований;
4. Проведение по собственной инициативе повторных освидетельствований граждан, и, при наличии оснований, изменение либо отмена решений бюро;
5. Статистическое наблюдение и статистическая оценка состояния инвалидности на обслуживаемой территории; наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории.

#### **Задание 47.**

**Как продляется листок временной нетрудоспособности, которому не установлена инвалидность?**

*Эталон ответа:* Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть продлен по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 дней или до повторного направления на МСЭ.

#### **Задание 48.**

**Условия, при которых гражданин признается инвалидом:**

*Эталон ответа:*

1. Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
2. Ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
3. Необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

#### **Задание 49.**

**Сроки, когда устанавливается 1,2,3 группа инвалидности:**

*Эталон ответа:* Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп - на 1 год.

#### **Задание 50.**

**Когда производится переосвидетельствование инвалидов 1,2,3 группы:**

*Эталон ответа:* Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп - 1 раз в год.

#### **Задание 51.**

**За рамки компетенции судебно-медицинской экспертной комиссии выходит вопрос о:**

*Эталон ответа:* Виновности врача.

**Задание 52.**

**Обстоятельство, исключающее уголовную ответственность врача за неоказание медицинской помощи:**

*Эталон ответа:* Болезнь врача.

**Задание 53.**

**К должностным преступлениям относят:**

*Эталон ответа:* Халатность.

**Задание 54.**

**Что является основанием для возбуждения против врача уголовного дела по статье 122 УК РФ?**

*Эталон ответа:* Заражение больного ВИЧ-инфекцией.

**Задание 55.**

**К преступлениям против здоровья населения и общественной нравственности относят:**

*Эталон ответа:* Хищение наркотических средств.

### **Ситуационные задачи**

#### **Задание 1.**

В результате конфликта с супругом у гр-ки М имеются следующие повреждения: закрытая черепно-мозговая травма в виде сотрясения головного мозга, ушибленной раны в правой теменной области, кровоподтеков и ссадин лица. Госпитализирована, выписана в удовлетворительном состоянии через 10 дней. Амбулаторно наблюдалась у невролога в течение 7 дней после выписки. Укажите медицинский критерий и степень тяжести вреда здоровью.

*Эталон ответа:* Легкий вред, кратковременное расстройство здоровью (до 21 дня).

#### **Задание 2.**

У гр. А. имеются многочисленные ссадины и кровоподтеки лица, верхних конечностей, туловища. Укажите медицинский критерий и степень тяжести вреда здоровью.

*Эталон ответа:* Указанные повреждения квалифицируются как не повлекшие вред здоровью.

#### **Задание 3.**

При обследовании у пострадавшего установлены последствия железнодорожного происшествия в виде сформировавшейся культы после травматической ампутации левой голени в средней трети. Первая помощь была оказана работниками мед.пункта станции, хирургическое лечение прошел в травматическом отделении больницы в течение 32 дней. Какой из приведенных ниже критериев тяжести вреда здоровью наиболее целесообразно принять во внимание в данном случае:

*Эталон ответа:* Потеря какого-либо органа.

#### **Задание 4.**

При освидетельствовании у пострадавшего установлен перелом левой лучевой кости в средней трети, ссадины и кровоподтеки на лице, левом плече, на тыле левой кисти. Повреждения получены при столкновении с грузовой автомашиной на перекрестке во время перехода улицы. Медицинская помощь оказана в травмпункте. Какой из приведенных ниже критериев тяжести вреда здоровью наиболее целесообразно принять во внимание в данном случае:

*Эталон ответа:* Длительность расстройства здоровья.

#### **Задание 5.**

При наличии у пострадавшего изолированного перелома наружной костной пластинки теменной кости квалифицирующим признаком тяжести вреда здоровью является:



*Эталон ответа:* Длительность расстройства здоровья

#### **Задание 6.**

Пострадавшему была нанесена резаная рана мягких тканей левых височной и скуловых областей, сопровождавшаяся резким падением артериального давления, тахикардией и др. симптомами острой кровопотери. Листок нетрудоспособности выдан на 25 дней. Срок стационарного лечения 20 дней. Сформировался рубец, линейной формы, размерами 10x0,5 см, мягкий на ощупь, плоский, заживший первичным натяжением. Укажите критерий и степень тяжести вреда здоровью.

*Эталон ответа:* Опасность для жизни.

#### **Задание 7.**

На трупе погибшего в дорожно-транспортном происшествии, связанном с мотоциклом, установлены обширное осаднение области правого гребня подвздошной кости на фоне массивного кровоизлияния в мягкие ткани; вертикальный перелом ветвей правой лонной кости; обширное осаднение с вертикальными царапинами кожи лица; переломы костей лицевого и мозгового черепа с кровоизлияниями в мозг и под его оболочки; кровоизлияния в корнях легких, в связках печени; поверхностные разрывы диафрагмальной поверхности правой доли печени. Характер и локализация этих повреждений дают основание считать, что они образовались в результате:

*Эталон ответа:* Падения из движущегося мотоцикла.

#### **Задание 8.**

На теле погибшего на производстве, в левой теменной области, косо спереди назад и справа налево веретенообразная рана с неровными осадненными краями, закругленными концами и тканевыми перемычками. На уровне раны неправильно-овальный вдавленный перелом по ее длиннику. Вдавление образовано прямым переломом средней части по длиннику раны и изогнутыми трещинами справа и слева от него. На уровне перелома кровоизлияние под оболочки и в вещество головного мозга. Характер этого повреждения дает основание считать, что оно образовалось в результате:

*Эталон ответа:* Ударов отделившимися деталями механизмов.

#### **Задание 9.**

Пациент К. 19 лет поступил в БСМП без сознания, со слов родственников, нырнул в воду в неполюженном месте, определите предположительно уровень взрывного перелома

*Эталон ответа:* Уровень взрывного перелома ниже уровня С2

#### **Задание 10.**

У пострадавшего (по профессии портной) имелся открытый перелом правой плечевой кости, осложнившийся остеомиелитом. Исходом повреждения явилось нарушение функции правой верхней конечности, выразившееся в стойкой утрате общей трудоспособности в объеме 40%. Продолжительность лечения - 6 месяцев. После окончания лечения, в связи с невозможностью выполнять профессиональные обязанности переведен в подсобные рабочие. Укажите медицинский критерий и степень тяжести вреда здоровью.

*Эталон ответа:* Тяжкий вред здоровью, повлекший за собой стойкую утрату общей трудоспособности более чем на 1/3.

#### **Задание 11.**

Пациент 35 лет попал в автодорожную аварию в результате которой получил хлыстовую травму шеи, какие у него могут развиваться основные ведущие клинические синдромы:

*Эталон ответа:* Болевой, кохлеарный, зрительный, вестибулярный.

#### **Задание 12.**

На трупе, на спине справа, по лопаточной линии, на уровне третьего межреберья веретенообразная рана кожи 1,5x0,5 см с острыми концами и подсохшими ровными краями. Раневым каналом рана проходит сзади наперед по мягким тканям, повреждает правую лопатку, через межреберную мышцу третьего межреберья проникает в правую плевральную полость, проходит в ткани правого легкого, в котором слепо оканчивается.

Суммарная длина раневого канала 8,7 см, он заполнен свертками крови. Повреждение кости правой лопатки в виде овала диаметрами 1,8 и 0,8 см по длиннику раны. Характер этого повреждения дает основание считать, что оно образовалось от действия

*Эталон ответа:* Колющего предмета.

#### **Задание 13.**

На спине пострадавшего, на уровне III-VI ребра, в промежутке между задней подмышечной и окологривной линиями, в косом поперечном направлении слева рана мягких тканей веретенообразной формы, длиной при сведении краев в 9,6 см, с ровными краями и острыми концами. Рана проникает до левой лопатки, где по длиннику ее определяется надрез надкостницы. Правый конец круто переходит в рану, левый постепенно переходит в поверхностный надрез. Рана заполнена свертком крови, кожа вокруг с небольшими помарками крови. Характер этого повреждения дает основание считать, что оно образовалось от действия:

*Эталон ответа:* Режущего предмета.

#### **Задание 14.**

На трупе на груди, спереди справа, по средне-ключичной линии, в поперечном направлении, в промежутке между X и XI ребрами имеется веретенообразная рана в направлении спереди назад, проникающая в брюшную полость с повреждением печени. На коже рана при сведении: краев линейная, длина ее 3,7 см. Края раны ровные, левый конец слегка закруглен, правый - острый. Суммарная длина раневого канала около 7,2 см, в ткани печени на поперечных разрезах левый конец раны имеет «П» - образный вид. Характер этого повреждения дает основание считать, что оно образовалось от действия:

*Эталон ответа:* Колюще-режущего предмета.

#### **Задание 15.**

При исследовании трупа в теменной области головы по средней линии в направлении сверху вниз обнаружена проникающая в полость черепа рана. Повреждение кожи имеет форму вытянутого треугольника с верхним острым и нижним «П» - образным концами и ровными краями. Длина раны 6,3 см, ширина у нижнего конца 0,6 см. Соответственно ране в теменной кости в виде вытянутого треугольника дефект кости с относительно ровными краями длиной 6,1 см, шириной у нижнего конца 0,7 см. Далее рана через оболочки повреждает ткань мозга на глубину до 3,1 см. Характер этого повреждения дает основание считать, что оно образовалось от действия:

*Эталон ответа:* Рубящего орудия.

#### **Задание 16.**

Пострадавший обратился с ампутацией 1 пальца правой кисти, сам пострадавший является при этом левшой. Определите квалифицирующие признаки тяжести вреда, причиненного здоровью:

*Эталон ответа:* Стойкая утрата общей трудоспособности.

#### **Задание 17.**

У пострадавшего, установлен по данным осмотра, СКТ головного мозга открытый перелом костей свода черепа. Какой вред здоровью устанавливается?

*Эталон ответа:* Тяжкий вред здоровью.

#### **Задание 18.**

У пострадавшего по данным СКТ шейного отдела позвоночника выявлен перелом 1 и 2 шейных позвонков, в неврологическом статусе тетрапарез, мышечная сила 4 балла, чувствительных нарушений и тазовых нарушений нет. Определите квалифицирующий признак тяжести вреда, причиненного здоровью?

*Эталон ответа:* Опасность для жизни.

#### **Задание 19.**

Пострадавший обратился с наличием ссадин и кровоподтеков передней поверхности шеи. С использованием каких критериев в данном случае устанавливается тяжесть вреда, причиненного здоровью.

*Эталон ответа:* Повреждения, не причинившие вреда здоровью.

**Задание 20.**

Пострадавший обратился с посттравматическим птозом правого глаза. Определите квалифицирующий признак тяжести вреда здоровью.

*Эталон ответа:* Стойкая утрата общей трудоспособности.

## ПК-1

### Задания закрытого типа: *ВСЕГО 25 заданий.*

#### **Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Акалькулия, пальцевая агнозия, нарушение право-левой ориентации, конструктивная апраксия отмечаются при поражении

- 1) левой верхней височной извилины
- 2) левой угловой извилины**
- 3) мозолистого тела
- 4) правой угловой извилины
- 5) премоторной зоны

*Эталон ответа: 2) левой угловой извилины*

#### **Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

При апраксии (незавершенность, неловкость движений и их персеверации) процесс локализуется

- 1) премоторная зона**
- 2) надкраевая извилина
- 3) мозжечок
- 4) угловая извилина

*Эталон ответа: 1) премоторная зона*

#### **Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Апраксия в левой руке возникает при поражении

- 1) правой премоторной зоны
- 2) правой надкраевой извилины
- 3) ствола мозолистого тела**
- 4) утолщения мозолистого тела

*Эталон ответа: 3) ствола мозолистого тела*

#### **Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Нарушения схемы тела у правшей возникают при локализации патологического процесса

- 1) в левой верхней теменной дольке
- 2) в правой верхней теменной дольке
- 3) в левой нижней теменной дольке
- 4) в правой нижней теменной дольке
- 5) в области интерпариетальной борозды справа**

*Эталон ответа: 5) в области интерпариетальной борозды справа*

#### **Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Приступы жевательных, чмокающих, глотательных движений возникают при поражении

- 1) верхней височной извилины
- 2) нижних отделов передней центральной извилины
- 3) оперкулярной области лобной доли**
- 4) второй лобной извилины

*Эталон ответа: 3) оперкулярной области лобной доли*

#### **Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Ощущение лишних конечностей, агнозия позы, пальцевая агнозия - характерные признаки поражения

- 1) левой лобной доли
- 2) левой верхней теменной дольки
- 3) области интерпариетальной борозды справа**
- 4) мозолистого тела
- 5) левой затылочной доли

*Эталон ответа: 3) области интерпариетальной борозды справа*

**Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

При генерализованном судорожном эпилептическом приступе с предшествующей обонятельной аурой, процесс локализуется

- 1) гиппокамп
- 2) островок
- 3) надкраевая извилина
- 4) лобная доля

*Эталон ответа: 1) гиппокамп*

**Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

При генерализованных судорожных эпилептических приступах и аносмии с одной стороны процесс локализуется

- 1) гиппокамп
- 2) **основание передней черепной ямки**
- 3) основание средней черепной ямки
- 4) лобная доля

*Эталон ответа: 2) основание передней черепной ямки*

**Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении

- 1) наружных отделов зрительного перекреста
- 2) **язычной извилины**
- 3) глубинных отделов теменной доли
- 4) первичных зрительных центров в таламусе

*Эталон ответа: 2) язычной извилины*

**Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Больной со зрительной агнозией

- 5) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
- 6) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
- 7) не видит предметы по периферии полей зрения
- 8) **видит предметы, но не узнает их**

*Эталон ответа: 4) видит предметы, но не узнает их*

**Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Больной с моторной афазией

- 1) **понимает обращенную речь, но не может говорить**
- 2) не понимает обращенную речь и не может говорить
- 3) может говорить, но не понимает обращенную речь
- 4) может говорить, но речь скандированная

*Эталон ответа: 1) понимает обращенную речь, но не может говорить*

**Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Больной с сенсорной афазией

- 1) не может говорить и не понимает обращенную речь
- 2) понимает обращенную речь, но не может говорить
- 3) может говорить, но забывает названия предметов
- 4) **не понимает обращенную речь и не контролирует собственную**

*Эталон ответа: 4) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную*

**Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Амнестическая афазия наблюдается при поражении

- 1) лобной доли
- 2) теменной доли
- 3) стыка лобной и теменной доли
- 4) **стыка височной и теменной доли**

*Эталон ответа: г) стыка височной и теменной доли*

**Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Как называется патология звукопроизносительной стороны речи вследствие нарушения иннервации речевой мускулатуры:

- 1) Афазия
- 2) Алалия
- 3) **Дизартрия**
- 4) Заикание

*Эталон ответа: 3) дизартрия*

**Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Как называется распад всех компонентов речи вследствие поражения корковых речевых зон:

- 1) Алалия
- 2) **Афазия**
- 3) Дизартрия
- 4) Мутизм

*Эталон ответа: 2) Афазия*

**Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Как называется системное недоразвитие речи вследствие поражения корковых речевых зон в доречевом развитии:

- 1) Афазия
- 2) Алалия
- 3) Дизартрия
- 4) Дислалия
- 5) **Верно 2,4**

*Эталон ответа: 5) Верно 2,4*

**Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении гамма-спинтиграфии характерен

- 1) **Для менингиом**
- 2) Для краниофарингиом
- 3) Для аденом гипофиза
- 4) Для невриноом
- 5) Для астроцитом

*Эталон ответа: 1) Для менингиом*

**Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют

- 1) Большие судорожные припадки
- 2) Абсансы
- 3) Зрительные галлюцинации

**4) Верхнеквадрантная гемианопсия**

*Эталон ответа: 4) Верхнеквадрантная гемианопсия*

**Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Гемианопсия при внутримозговой опухоли височной доли наступает в результате поражения

- 1) Перекреста зрительных нервов
- 2) Зрительного тракта
- 3) Первичных зрительных центров
- 4) Путей в лучистом венце
- 5) **Верно 2 и 4**

*Эталон ответа: 5) Верно 2 и 4*

**Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна

- 1) Моторная, сенсорная афазия
- 2) Сенсорная, амнестическая афазия**
- 3) Моторная, семантическая афазия
- 4) Сенсорная афазия, аутогнозизация
- 5) Моторная афазия, аутогнозизация

*Эталон ответа:* **2) Сенсорная, амнестическая афазия**

**Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются

- 1) Двусторонний пирамидный парез в ногах
- 2) Нарушения координации
- 3) Астазия-абазия
- 4) Нарушения поведения**
- 5) Битемпоральные дефекты поля зрения

*Эталон ответа:* **4) Нарушения поведения**

**Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает

- 5) Моторная афазия
- 6) Сенсорная афазия
- 7) Семантическая афазия**
- 8) Амнестическая афазия

*Эталон ответа:* **3) Семантическая афазия**

**Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

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

- 1) Эозинофильных
- 2) Базофильных
- 3) Хромофобных**
- 4) Для всех перечисленных типов в одинаковой степени

*Эталон ответа:* **3) Хромофобных**

**Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны

- 1) Гомонимная гемианопсия
- 2) Биназальная гемианопсия
- 3) Битемпоральная гемианопсия**
- 4) Все перечисленное

*Эталон ответа:* **3) Битемпоральная гемианопсия**

**Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.**

Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают

- 1) В аденоме гипофиза
- 2) В краниофарингиоме**
- 3) В арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла
- 4) В глиоме зрительного нерва

*Эталон ответа:* **2) В краниофарингиоме**

## Вопросы для собеседования и ситуационные задачи: **ВСЕГО 75 ЗАДАНИЙ**

### **Задание 1.**

В стационар поступила пациентка 14-ти лет: продолжительность заболевания на момент поступления – 5 месяцев. Не понимает обращенную речь, не говорит, не ходит.

Заболевание началось среди полного здоровья с генерализованных судорожных эпилептических приступов. Через 2 месяца развился гиперкинетический синдром: вначале хореический гиперкинез, затем – торсионная дистония. Изменилось поведение: стала неадекватной, неопрятной, перестала понимать обращенную речь. Появилась булимия. До настоящего заболевания девочка была здорова. В 7-летнем возрасте перенесла корь.

Объективно: соматически – без патологии; температура тела субфебрильная.

Неврологический статус: дезориентирована в месте и времени, сенсорно-моторная афазия. Активные движения в конечностях резко ограничены. Глубокие рефлексы повышены, симптом Бабинского с обеих сторон. Мышечный тонус диффузно повышен по ригидному типу. Разбросанный стереотипный гиперкинез в мышцах лица, туловища, конечностей. Не может высунуть язык, поперхивается во время еды. Выявляются симптомы орального автоматизма.

ЭЭГ – билатеральные синхронные пароксизмы острых и медленных волн.

1. Определите синдромологический диагноз
2. Определите топический диагноз
3. Определите предположительный диагноз.
4. Тактика ведения пациента и диспансерного наблюдения
5. Реабилитационные мероприятия

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – псевдобульбарный, сенсорно-моторная афазия, спастический тетрапарез, гиперкинетический синдром (хорея, торсионная дистония), изменение сознания (нарушение ориентации в месте и времени), нарушение поведения.
2. Топический диагноз – поражение коры больших полушарий.
3. Предположительный диагноз – Подострый склерозирующий панэнцефалит.
4. Подлежит направлению на ВТЭК для установления группы инвалидности.
5. Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами метаболической направленности и немедикаментозные средства – массаж, ЛФК (медицинская реабилитация), медико-профессиональную реабилитацию с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовую реабилитацию (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальную реабилитацию, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 2.**

В отделение поступил мужчина 35-ти лет. Заболел остро в июне во время проведения геологоразведочных работ в таежных районах. Через несколько дней был доставлен в больницу в тяжелом состоянии. Через 1,5 недели общее состояние улучшилось.

При осмотре: дизартрия, дисфагия, фасцикуляции на языке и в мышцах плечевого пояса, слабость в мышцах шеи – "свисающая голова", резко выраженная слабость в руках, низкий мышечный тонус в них, нижние конечности интактны, чувствительность сохранена.

1. Определите синдромологический диагноз
2. Определите топический диагноз
3. Определите предположительный диагноз
4. Дополнительные методы исследования.
5. Тактика ведения пациента и диспансерного наблюдения
6. Реабилитационные мероприятия

*Эталон ответа:*



1. Синдромы – бульбарный, верхний вялый глубокий парез, парез шейных мышц.
2. Топический диагноз – поражение передних рогов шейного утолщения и С1-С4 сегментов спинного мозга, ядер ЧН в продолговатом мозге (IX, X, XII).
3. Предположительный диагноз – Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма.
4. Диагностика включает серологический метод (метод парных сывороток) с определением нарастания титра антител в реакциях РТГА (реакция торможения гемагглютинации) и ИФА (иммуноферментный анализ) с интервалом в 2 недели, ПЦР крови и ликвора.
5. Специфического лечения нет. Симптоматическое лечение включает интенсивную терапию и нейрометаболическую терапию. Возможно применение индукторов интерферона.  
В дальнейшем – наблюдение невролога по месту жительства.
6. Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами метаболической направленности (с улучшением метаболизма холина), улучшение нервно-мышечной передачи, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация), при выраженных остаточных явлениях – медико-профессиональную реабилитацию с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовую реабилитацию (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальную реабилитацию, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 3.**

В отделение поступил военнослужащий 49-ти лет с жалобами на шаткость при ходьбе и переходящее двоение. В последнее время злоупотреблял алкоголем.

При осмотре в день госпитализации: выраженная мозжечковая атаксия, интенционный тремор, рефлекторная пирамидная недостаточность с вовлечением надъядерных путей, интеллектуальными и аффективными расстройствами в виде нарушений мышления по лобному типу, предметной и пространственной агнозии, неадекватности поведения, негативизма, спонтанности.

Ликвор нормальный, признаков внутричерепной гипертензии нет. Общий анализ крови, мочи, биохимия крови без патологии.

МРТ головного мозга – умеренно выраженная наружная атрофия в лобно-теменно-височных отделах и в полушариях мозжечка, очагов демиелинизации не обнаружено.

В последующие 2 недели течение заболевания приняло лавинообразный характер: выросли расстройства лобного типа, прогрессировала экстрапирамидная симптоматика, уровень сознания снизился до сопора с отсутствием контроля за тазовыми органами.

Выполнена ЭЭГ – повторяющаяся трифазная и полифазная активность острой формы амплитудой до 200 мкВ, возникающая с частотой 1,5-2 в секунду.

Через 5 месяцев от начала заболевания пациент скончался.

Посмертное патоморфологическое исследование выявило спонгиозную энцефалопатию в отсутствие каких-либо воспалительных изменений.

1. Определите синдромологический диагноз
2. Определите топический диагноз
3. Определите предположительный диагноз
4. Дополнительные методы исследования.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – мозжечковая атаксия, пирамидная недостаточность, апраксия, афазия/дизартрия, деменция, офтальмоплегия, нарушение поведения и сознания.
2. Топический диагноз – поражение коры больших полушарий, мозжечковых связей, среднего мозга (медиальный продольный пучок или ядра глазодвигательных нервов).

3. Предположительный диагноз – Болезнь Крейтцфельдта-Якоба. Круг дифференцируемых заболеваний – пресенильная деменция, болезни Альцгеймера и Пика, хорея Гентингтона, гепатоцеребральная дегенерация, энцефалопатия Вернике, лейкоэнцефалит.
4. Путь заражения – болезнь Крейтцфельдта-Якоба может быть генетически обусловленной, может иметь спорадический характер или вызываться прионной инфекцией, передающейся пероральным путем через зараженную пищу (мясо крупного рогатого скота) и при ятрогенных воздействиях.  
Диагностика базируется на выявлении быстро прогрессирующей деменции с дезинтеграцией всех высших корковых функций – корковых нарушений речи, зрения, праксиса, когнитивных нарушений и нарушений поведения, пирамидных и экстрапирамидных нарушений, мозжечковой дисфункции, эпилептических припадков (миоклонус). Определенный диагноз болезни Крейтцфельдта-Якоба устанавливается после патоморфологического исследования.

#### **Задание 4.**

На приеме женщина 52-х лет: в течение 3-4-х лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. К врачу сначала не обращалась, стала прикладывать телефонную трубку к левому уху и старалась, чтобы собеседник находился слева. В последнее время стали беспокоить приступы вращательного головокружения, неустойчивость при ходьбе, неловкость в правых конечностях. Последнее время наблюдалась у невролога по месту жительства с диагнозом "энцефалопатия".

1. Определите синдромологический диагноз
2. Определите топический диагноз
3. Определите предположительный диагноз
4. Дополнительные методы исследования.
5. Тактика ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – гипоакузия, вестибулопатический, мозжечковая атаксия.
2. Топический диагноз – поражение преддверно-улиткового нерва и мозжечковых путей справа в области мосто-мозжечкового угла.
3. Клинический диагноз – Опухоль мосто-мозжечкового угла справа.
4. Для уточнения диагноза необходима нейровизуализация структур ствола головного мозга с помощью МРТ.
5. В случае подтверждения диагноза лечение должно быть хирургическим.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 2-3 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-3 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 5.**

В отделение доставлена женщина 52-х лет, длительно страдающая гипертонической болезнью, – внезапно ощутила нестерпимую боль в верхней части живота, через 20 минут развилась нижняя параплегия, онемение ног и нижней части живота.

Общее состояние средней степени тяжести. ЧСС 102 в минуту, мерцательная аритмия. АД 160/70 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Неврологический статус: ЧН и верхние конечности в норме. Нижняя вялая параплегия с арефлексией, анестезия с уровня Т11, глубокая чувствительность сохранена. Задержка мочи. Перкуссия остистых отростков Т9-Т11 болезненна.

Кровь: лейкоцитоз 14,9 (п – 14%, с – 78%, л – 9%, м – 5%), СОЭ 5 мм/ч, ПТИ 109%. Люмбальная пункция: давление – 40 мм вод.ст., ликвор слегка ксантохромный, белок – 0,99 г/л, цитоз – 24/3.

Вскоре присоединились олигурия и быстрое нарастание легочно-сердечной и почечной недостаточности. Через 30 часов от начала заболевания больная умерла.

1. Определите синдромологический диагноз;
2. Определите топический диагноз;
3. Определите предположительный диагноз;
4. Определите круг дифференцируемых заболеваний;
5. Тактика ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – нижняя вялая параплегия, нарушение поверхностных видов чувствительности по проводниковому типу с уровня Т11 с 2-х сторон или – по сегментарному диссоциированному типу с уровня Т11 с 2-х сторон и ниже до неуказанного уровня, дисфункция тазовых органов (задержка мочи).
2. Топический диагноз – поражение передних 2/3 поперечника спинного мозга с уровня Т8 и ниже с 2-х сторон – с вовлечением спино-таламических путей и передних рогов на уровне поясничного утолщения (перекрывающее поражение пирамидных путей в боковых столбах) – бассейн передней спинальной артерии (синдром Преображенского).
3. Клинический диагноз – Инфаркт спинного мозга (кардиоэмболический) в зоне смежного кровообращения ПСА и ЗСА на Т11 с вовлечением всего серого и части белого вещества, нижняя вялая параплегия, диссоциированное расстройство чувствительности, дисфункция тазовых органов (задержка мочи).
4. Можно также думать о поражении СМ вокруг центрального канала ("карандаш Цюльха") на уровне Т11 с вовлечением всего серого и части белого вещества (зоны смежного кровообращения ПСА и ЗСА) при нарушении кровотока к СМ на уровне аорты (механизм кардиоэмболии). Учитывая боли в верхней части живота и быстрое нарушение функции почек, следует отдать предпочтение данному варианту.
5. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта в сочетании с мероприятиями вторичной профилактики инсульта (непрямые оральные антикоагулянты, при невозможности – антиагреганты), препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В.

Диспансерное наблюдение такого пациента у невролога по месту жительства – в течение 1 года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия у такого пациента также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 6.**

На приеме мужчина 43-х лет – при ходьбе чрезмерно поднимает ноги, с изменённой силой опускает их. При закрывании глаз выраженность нарушений походки резко усиливается.

1. Как называется походка, для какого клинического синдрома она характерна?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз?
4. Какое лечение можно назначить?

*Эталон ответа:*

1. «Штампующая» походка характерная для сенситивной атаксии.
2. Возникает при поражении задних канатиков спинного мозга, периферических нервов, медиальной петли, зрительного бугра, в которых проходят проводящие пути глубокой чувствительности.
3. Синдром сенситивной атаксии (дифференциальная диагностика поражения задних канатиков спинного мозга и периферических нервов).
4. Тиоктовая кислота, цианокобаламин и другие витамины В-группы, пентоксифиллин, этиотропное, патогенетическое лечение в зависимости от выявленной причины заболевания.

#### **Задание 7.**

На приеме мужчина 59-ти лет – изменилась походка (стало тянуть вперёд), появилась скованность во всём теле, стало трудно менять позу, начать движение или остановиться во время движения. Появился мелкий тремор в пальцах рук в покое. При осмотре: парезов конечностей нет, мышечный тонус повышен по типу «зубчатого колеса».

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз?
4. Какое лечение можно назначить?

*Эталон ответа:*

1. Акинетико-ригидный синдром.
2. Поражена экстрапирамидная система, черная субстанция, нигростриарные нейроны.
3. Акинетико-ригидный синдром (синдром паркинсонизма).
4. В случае подтверждения диагноза болезни Паркинсона наиболее эффективны агонисты дофаминергических рецепторов и препараты леводопы.

#### **Задание 8.**

На приеме мужчина 53-х лет – жалобы на общую скованность, замедленность движений в конечностях, мелкокоразмашистое дрожание в руках в покое по типу «счета монет».

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3-х лет, когда постепенно возникло дрожание в левой руке, скованность движений в левом плечевом поясе, через несколько месяцев пациент заметил скованность в левой ноге, затруднения при начале движения, с последующим переходом симптомов на правые конечности.

При осмотре: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Гипомимия. Глубокие рефлексы живые, D=S. Тонус в конечностях повышен по типу «зубчатого колеса», больше слева. Тремор кистей по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях. Гипокинезия, микрография, шаркающая походка, ахейрокинез.

4. Предположите наиболее вероятный диагноз?
5. Обоснуйте поставленный диагноз?

6. Составьте план обследования для данного пациента?
7. Составьте план медикаментозного лечения пациента?
8. Дайте рекомендации по дальнейшей реабилитации пациента?

*Эталон ответа:*

1. Болезнь Паркинсона, смешанная форма с преимущественным вовлечением левых конечностей, 2 степень тяжести (по Хен-Яр).

2. 1. На основании имеющегося у пациента синдрома паркинсонизма в виде гипокинезии, мышечной ригидности, тремора покоя.

2. Подтверждающих критериев болезни Паркинсона: тремора покоя, одностороннего начала заболевания, постоянной асимметрии с более выраженными симптомами на стороне тела, с которой началось заболевание, а также прогрессирующее течение болезни.

3. Отсутствия критериев исключения болезни Паркинсона.

3. 1. Леводопа-тест – для подтверждения диагноза болезни Паркинсона и поражения черной субстанции (смысл пробы - улучшение дофаминергической передачи в нигростриатном тракте при получении предшественников дофамина извне).

2. Методы нейровизуализации (КТ, МРТ) – для исключения патологий, ведущих к развитию вторичного паркинсонизма (объемные образования, ишемические и геморрагические инсульты, посттравматические и воспалительные изменения).

3. ПЭТ с флюородопой – для прижизненной оценки структурно-функциональных изменений в экстрапирамидной системе.

4. 1. Ингибиторы МАО-В (Селегилин) – с целью увеличения продолжительности действия дофамина в синаптической щели.

2. Агонисты дофаминовых рецепторов (пиребедил, прамипексол) – улучшение дофаминергической передачи путем активации дофаминергических рецепторов.

3. При недостаточности эффекта – добавить антагонисты NMDA-рецепторов (амантадин) – улучшение дофаминергической передачи за счет активации выделения дофамина из пресинаптического окончания.

5. 1. Дозированная физическая и интеллектуальная активность с максимально долгим сохранением активной профессиональной деятельности. Противопоказаны чрезмерные физические нагрузки.

2. Психотерапия с целью принятия факта наличия хронического заболевания с пожизненным лечением.

3. Занятия лечебной физкультурой, направленные на тренировку координации движений, ходьбы широким шагом.

4. Физиотерапевтические методы лечения – с целью снижения мышечного тонуса, улучшением трофики нервной ткани.

5. Проведение школ для пациентов с болезнью Паркинсона и их родственников.

#### **Задание 9.**

Мужчина 20-ти лет обратился с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). С 10 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза.

Объективно: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный тремор при выполнении координационных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

1. Назовите топический диагноз?

2. Назовите феномен, который был обнаружен при осмотре офтальмологом?

3. Какой наиболее вероятный диагноз?

4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для подтверждения диагноза?

5. Укажите принципы терапии?

*Эталон ответа:*

3. Поражены базальные ганглии, мозжечок.
4. Кольца Кайзера-Флейшера, феномен обусловлен отложением меди в десцеметовой мембране внутреннего слоя роговицы глаза.
5. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-ригидная форма). Вильсоновский гепатит.
6. Определение уровня меди в крови и моче, уровня церулоплазмينا в крови, лабораторное исследование функции печени, УЗИ органов брюшной полости, биопсия печени, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, генетическое исследование пациента и обследование сибсов (если есть).
7. Медьэлиминирующая терапия (D-пенициламин), препараты цинка, гепатопротекторы, диета (исключение продуктов с большим содержанием меди), симптоматическая терапия.

#### **Задание 10.**

Пациент 57-ми лет обратился с жалобами на слабость в верхних и нижних конечностях, которые отмечает в течение 2-х лет.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Бицепс-рефлекс живой, D=S, трицепс- и карпо-радиальный рефлекс снижены, D=S. Рефлексы с нижних конечностей – высокие, с расширением рефлексогенных зон и клонусом стоп D=S. Гипотрофия и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса. Сила в верхних конечностях снижена до 4 баллов, в нижних – до 3 баллов. Мышечный тонус в верхних конечностях снижен, в нижних – повышен по типу «складного ножа». Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Тазовые функции не нарушены.

3. Наиболее вероятный диагноз?
4. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и определите их предположительные результаты?
5. Укажите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии, определите их цель и предполагаемые результаты?
6. Составьте план лечения пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при данном заболевании?
7. Дайте рекомендации по устранению факторов риска и формированию здорового образа жизни для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Шейная миелопатия вследствие срединной грыжи диска C7-C8 3-й степени с умеренным вялым параличом верхних конечностей и выраженным спастическим параличом нижних конечностей
2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ шейного отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени, на которой вероятно обнаружение срединной грыжи диска C7-C8, 3-й степени, смещающая спинной мозг кзади. В связи с этим компрессируются передние отделы спинного мозга (передние рога, передние канатики), что приводит к нарушению двигательной функции.
3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства.  
2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.  
3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.
4. План лечения:
  6. Витамины группы B, с нейротрофической целью.
  7. НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокобаламин + анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома.

8. Миорелаксанты с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома.
  9. Блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.
  10. При наличии показаний или отсутствия положительной динамики в течение 3 месяцев консервативной терапии – хирургическое лечение.
5. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.
  2. Занятия лечебной физкультурой.
  3. Ношение шейного воротника.
  4. Применение физиотерапевтических методов лечения.
  5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

#### **Задание 11.**

У мужчины 64-х лет в течение полугода развились гипотрофии мышц верхних конечностей, снижение глубоких рефлексов, мышечной силы и фибриллярные подёргивания в мышцах рук. Изменена походка, при ходьбе «тянет» ноги. Резкое повышение глубоких рефлексов и мышечного тонуса на ногах, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз? Какое лечение можно назначить?
4. Укажите особенности ведения такого пациента в дальнейшем.

*Эталон ответа:*

1. Смешанный тетрапарез (вялый верхний парапарез и спастический нижний парапарез) – синдром БАС.
2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне шейного утолщения C5-Th2 сегментов: поражены передние рога и латеральные пирамидные пути в боковых столбах.
3. Боковой амиотрофический склероз. Средством специфической нейропротективной терапии пациентов с БАС является ингибитор высвобождения глутамата рилузол, который увеличивает продолжительность жизни пациентов на 3-6 месяцев. Организация оптимального мультидисциплинарного симптоматического ухода снижает риск смерти в течение 5 лет болезни на 45%.
4. Возможно возникновение необходимости в постоянном проведении инвазивной или неинвазивной вентиляции, установке гастростомы.

#### **Задание 12.**

У больного после перенесенного ОНМК отмечается слабость в правых конечностях с ограничением активных движений в них, повышением мышечного тонуса в сгибателях предплечья и разгибателях голени, повышением глубоких рефлексов на правых конечностях, с наличием рефлексов Бабинского и Оппенгейма справа в сочетании с прозопарезом всей правой половины лица и девиацией языка вправо без наличия его атрофий и фибрилляций.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Укажите основные направления ведения такого пациента в дальнейшем.

*Эталон ответа:*

1. Правосторонний центральный гемипарез и поражение центрального мотонейрона правых VII и XII черепных нервов.
2. Поражена левая внутренняя капсула.
3. Инфаркт мозга в бассейне левой СМА, правосторонний спастический гемипарез, восстановительный период
4. Необходимо назначение мероприятий и средств вторичной профилактики инсультов, а также – осуществление физической реабилитации на фоне ботулинотерапии в спастичных мышцах.

### Задание 13.

У молодого человека 22-х лет в течение недели развились слабость во всех конечностях, затруднение ходьбы и самообслуживания. 2 года назад отмечал быстрое снижение остроты зрения на левом глазу с самопроизвольным восстановлением в течение 3-х дней. При осмотре выявляется ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и глубоких рефлексов. Патологические рефлекссы Россоломо на кистях, а Бабинского и Оппенгейма на стопах. Функция черепных нервов не нарушена.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз? Какое лечение можно назначить?
4. Укажите особенности ведения такого пациента в дальнейшем.

*Эталон ответа:*

1. Спастический тетрапарез.
2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне верхних шейных сегментов (C1-C4): поражены латеральные пирамидные пути в боковых канатках с обеих сторон.
3. Рассеянный склероз. В стадии обострения – пульс-терапия кортикостероидами, возможно – в/в иммуноглобулин.
4. В стадии ремиссии –  $\beta$ -интерфероны, глатирамера ацетат или другие препараты превентивной терапии.

### Задание 14.

У мужчины 57-ми лет постепенно изменилась походка, стала напоминать ходьбу пьяного, ходит и стоит с широко расставленными ногами, особенно затруднены повороты. Появилась скандированная речь, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во всех конечностях, интенционное дрожание при пальценосовой и пяточно-коленной пробах с двух сторон.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз?
4. Какое лечение можно назначить?

*Эталон ответа:*

1. Мозжечковая атаксия.
2. Поражены оба полушария мозжечка.
3. Спино-церебеллярная атаксия.
4. Нейропротективная, антиоксидантная терапия.

### Задание 15.

У мужчины 57-ми лет постепенно появилась шаткость вправо при ходьбе, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз?
4. Какое лечение можно назначить?

*Эталон ответа:*

1. Правосторонняя мозжечковая атаксия.
2. Поражено правое полушарие мозжечка.
3. Спино-церебеллярная атаксия.
4. Нейропротективная, антиоксидантная терапия.

### Задание 16.



В отделение поступила женщина 33-х лет – сегодня днем после физической нагрузки развилась сильная головная боль, была однократная рвота, сознание нарушилось по типу оглушения, чередующегося с приступами двигательного возбуждения.

В течение последнего месяца периодически отмечала двоение предметов при взгляде прямо перед собой и влево и боли в лобно-орбитальной области справа, расширение правого зрачка.

При осмотре через час после поступления: неполный синдром наружной стенки правого кавернозного синуса, мидриаз справа. Глубокие рефлексy без убедительной сторонности. Признаки фотофобии. Менингеальных симптомов не выявлено. Температура тела нормальная. АД 150/90 мм рт.ст.

Через 3 дня развился левосторонний гемипарез с наличием симптома Бабинского и менингеальных симптомов. Общемозговая симптоматика сохраняется.

1. Определите предположительный диагноз
2. Ваше мнение о характере процесса и генезе гемипареза?
3. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
4. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Синдром верхней глазничной щели (синдром кавернозного синуса).
2. На I-ом этапе, поскольку хемоза и экзофтальма нет, то диагноз синдрома Толоса-Ханта маловероятен. Исключить его поможет отсутствие гранулем в области верхней глазничной щели или в наружной стенке кавернозного синуса на МРТ головного мозга. На этом этапе можно было также думать об опухоли пещеристого синуса или о его тромбозе.
3. Развитие в дальнейшем гемипареза с менингеальным синдромом свидетельствует о разрыве аневризмы супраклиноидной части ВСА (субарахноидальное кровоизлияние) – синдром Редера. Золотым стандартом диагностики аневризмы являются церебральная ангиография и КТ-ангиография.
4. Лечение пациента с аневризмой должно быть хирургическим.

Диспансерное наблюдение такого пациента у невролога по месту жительства – в течение 1 года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также могут включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 17.**

В отделение доставлена женщина 64-х лет с артериальной гипертензией в анамнезе в течение 10 лет (адаптирована к АД 140/90 мм рт.ст.), у которой на фоне повышения АД до 210/110 мм рт.ст., сопровождавшегося диффузной головной болью, отмечалась кратковременная потеря сознания с тонико-клоническими судорогами в конечностях, преимущественно в левых, и прикусом языка. Придя в сознание, больная обнаружила у себя слабость в дистальных отделах левой ноги.

При осмотре выявлен центральный, преимущественно дистальный, парез левой ноги. При РКТ, произведенной через 5 дней, выявлен гиперденсивный очаг размером 2,5х3,0 см парасагиттально на уровне центральных извилин справа, который был расценен как

проявление геморрагического инсульта. Из проведенного обследования обращало на себя внимание ускорение СОЭ до 50 мм/ч. Пациентка выписана из стационара с улучшением с диагнозом: ОНМК по смешанному типу в бассейне правой передней мозговой артерии на фоне артериальной гипертензии III ст.

В дальнейшем отмечались умеренные головные боли, преимущественно в правой теменной области, и нарастающий парез левой ноги.

1. Определите предположительный диагноз
2. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Объемное образование задне-нижних отделов правой прецентральной извилины (с учетом наличия головной боли, повышения СОЭ, нарастания степени пареза ноги, эффекта раздражения коры с развитием судорожного приступа).
2. Для уточнения характера патологического процесса необходимо проведение МРТ головного мозга с контрастом.
3. Лечение в случае подтверждения диагноза опухоли должно быть оперативным.

В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1 года – 1 раз в 2-3 месяца, далее – 1-3 раза в год.

Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), противоотечные средства, препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях у пациентов трудоспособного возраста может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 18.**

В отделение доставлена женщина 62-х лет – сегодня днем во время приготовления обеда почувствовала внезапное головокружение, сопровождавшееся тошнотой и рвотой, сильную головную боль в затылочной области.

В анамнезе – артериальная гипертензия в течение 15 лет (гипотензивные препараты принимала регулярно и постоянно). Адаптирована к АД 160/90 мм рт.ст.

При осмотре – сонлива, вялая. АД 230/130 мм рт.ст. Зрачки S=D, 3 мм в диаметре, фотореакции сохранены. Глазные яблоки и голова повернуты вправо. Глубокие рефлексы с конечностей повышены, D>S. Симптом Бабинского справа. Адиадохокинез, легкая дисметрия, мышечная гипотония в левых конечностях. Спустя час после осмотра стала еще более заторможенной, стали определяться двусторонние стопные знаки. Выявлена брадикардия 50 ударов в минуту.

При РКТ головного мозга – гиперденсивный очаг в левом полушарии мозжечка.

1. Определите предположительный диагноз
2. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Кровоизлияние (гематома) в левом полушарии мозжечка, отек ствола мозга.

2. В тоже время нельзя исключить наличие опухоли мозжечка, что требует проведения МРТ головного мозга.
3. Лечение гематом мозжечка – оперативное при объеме гематомы 14 см<sup>3</sup> и более или максимальном диаметре >3 см, сдавлении ствола мозга, развитии окклюзионной гидроцефалии. При этом хирургическое лечение противопоказано при угнетении сознания до глубокой или запредельной комы с нестабильностью гемодинамики. Консервативное ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта с акцентом на гипотензивную и противоотечную терапию. В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1 года – 1 раз в 2-3 месяца, далее – 1-3 раза в год. Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация). При выраженных остаточных явлениях у пациентов трудоспособного возраста может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 19.**

В отделение доставлена женщина 33-х лет, с 15-ти лет страдающая приступами мигрени с офтальмической аурой с частотой 2-4 раза в месяц. Приступ заключается в том, что после кратковременных фотопсий с присоединяющимися двусторонними скотомами через 10-15 минут развивается гемикрания (с чередованием сторон при разных приступах) длительностью несколько часов. В межприступном периоде считала себя здоровой. Последние 2 года головные боли не отмечала.

Неделю назад на фоне интенсивной правосторонней головной боли, которой предшествовали фотопсии в левых полях зрения, возникла левосторонняя гомонимная гемианопсия, повторная рвота. Головная боль и гемианопсия не проходили в течение двух суток, в связи с чем была госпитализирована.

При осмотре – помимо гемианопсии выявлены легкая левосторонняя пирамидная недостаточность и недостаточность иннервации мимической мускулатуры по центральному типу. При соматическом осмотре патологии не выявлено. Гемограмма не изменена. Семейный анамнез отягощен по мигрени.

При РКТ в день поступления – патологии не выявлено, однако через 2 недели при повторной РКТ выявлен гиподенсивный очаг в правой затылочной доле.

1. Определите предположительный диагноз
2. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Инфаркт мозга в бассейне правой ЗМА (мигрень-индуцированный инсульт). Такой расценивается как мигренозный инфаркт (G43.3), являющийся осложнением мигрени.
2. В то же время необходимо проведение МРТ и МРА головного мозга для исключения другой этиологии инфаркта мозга с симптомами, напоминающими мигрень с аурой (окклюзия/диссекция базилярной или позвоночной артерий, кардиоэмболии, артериовенозные мальформации, церебральный венозный тромбоз). При этом РКТ в остром периоде может не выявлять ишемические

изменения в тканях головного мозга, поэтому в данном случае только на повторной РКТ выявлен сформировавшийся очаг инфаркта мозга.

3. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. Лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, препараты магния.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1-го года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем – 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, препараты магния, витамины группы В, немедикаментозные средства – ЛФК (медицинская реабилитация). С целью профилактики приступов мигрени и нарушений мозгового кровообращения возможно назначение вазобрала (по 1/2-1 таблетке 2 раза в день в течение 2-3 месяцев).

При выраженных остаточных явлениях инсульта может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 20.**

В отделение доставлена женщина 22-х лет, первобеременная, с диагнозом "Острый миелит, нижняя вялая параплегия. Беременность 34 недели".

За месяц до госпитализации стала замечать повышенную утомляемость ног при ходьбе, стала часто запинаться. Отмечался эпизод, когда, поднимаясь по лестнице, упала ("подкосились ноги"), было недержание мочи. Через 5-10 минут все нарушения регрессировали. В дальнейшем в положении лежа на спине стали появляться преходящие чувство зябкости и слабость в ногах. Проснувшись сегодня утром, обнаружила отсутствие активных движений в ногах, онемение нижней части тела, недержание мочи.

При осмотре: нижняя вялая параплегия с арефлексией, диссоциированная параанестезия с уровня Т9, недержание мочи. Пульсация артерий тыла стопы ослаблена. Температура тела периодически субфебрильная. Анализ крови: Л 8,0х10<sup>9</sup>/л, СОЭ 28 мм/ч. Ликвор не изменен, ликворологические пробы не нарушены. На спондилограммах патологии не выявлено.

Через 2 суток после родоразрешения путем кесарева сечения появились активные движения в пальцах ног, позывы к мочеиспусканию. Через 5 дней стали вызываться коленные рефлексы и симптом Бабинского с обеих сторон. В течение 2-х недель явления неврологического дефицита значительно регрессировали.

1. Определите предположительный диагноз
2. Объясните особенности неврологической симптоматики.
3. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
4. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Нарушение спинального кровообращения.
2. Неврологическая симптоматика обусловлена компрессией беременной маткой брюшной аорты и ухудшением (особенно в положении лежа на спине) при этом кровоснабжения спинного мозга с развитием сначала преходящей ишемии поясничного утолщения с парезом ног и недержанием мочи, а затем – более стойких двигательных, чувствительных и тазовых расстройств (бассейн артерии

поясничного утолщения Адамкевича). В то же время компрессия брюшной аорты может быть связана с периаортальной опухолью. Также ишемия поясничного утолщения может развиваться при сдавлении непосредственно самой артерии Адамкевича грыжей МПД, однако в данном случае нет указаний на вертебральный болевой синдром. На отсутствие миелита указывает отсутствие воспалительных изменений в крови и быстрый регресс неврологической симптоматики.

3. Проведение МРТ забрюшинного пространства.
4. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта и связано с решением вопроса о быстром родоразрешении. Лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, препараты магния.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – в течение 1 года - 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 21.**

Женщина 48-ми лет госпитализирована в состоянии комы. Со слов родственников, за 5 дней до этого почувствовала некоторое недомогание, затем развились головная боль и рвота, температура тела повысилась до 39,0°C. Обращалась к участковому терапевту, который расценил ее состояние как ОРВИ. Анализ крови был без патологии. Непосредственно перед поступлением в стационар обнаружена в комнате без сознания.

При осмотре – на раздражители не реагирует, голова и глазные яблоки отведены влево. В области левого глаза, левого бедра и колена – мелкие экхимозы. Левый зрачок несколько шире правого, реакция на свет сохранена. Корнеальные рефлексы сохранены. Мышечная гипотония. Глубокие рефлексы с конечностей сохранены, D>S, двусторонние стопные патологические знаки. Умеренная ригидность задних шейных мышц. В реанимационном отделении отмечались повторные судорожные припадки с поворотом головы и глаз вправо, между которыми больная в сознание не приходила.

При МРТ – гетерогенный очаг с геморрагическим пропитыванием в левой височной доле. В анализе ликвора – смешанный плеоцитоз 550 клеток в мкл, эритроциты 200 в мкл, белок 2 г/л.

После купирования судорожного синдрома у больной выявлены признаки правосторонней пирамидной недостаточности, тремор, больше в правой руке, интенция, дисметрия при выполнении ПНП, D>S, явления сенсорной афазии.

1. Определите предположительный диагноз. Обоснуйте диагноз. Назовите достоверные и вероятные критерии.
2. Назовите круг дифференцируемых заболеваний.
3. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
4. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Указанное состояние может быть обусловлено развитием объемного образования в левой лобно-височной области головного мозга (гематома, опухоль, абсцесс). Разрушение структур левой лобно-височной области обуславливает развитие левосторонней пирамидной симптоматики, отведение головы и глазных яблоки влево и сенсорной афазии. За счет раздражения корковых структур во время судорожного приступа возникает поворот головы и глаз вправо. Смещение ствола мозга за счет отека обуславливает сдавление корешка глазодвигательного нерва слева с развитием мидриаза на стороне очага.
2. Учитывая при этом начало с общемозговой симптоматики с последующим присоединением инфекционных проявлений, воспалительные изменения в ликворе, гетерогенность очага на МРТ, выраженную общемозговую симптоматику, следует думать о диагнозе "Внутричерепная гематома левой лобно-височной области головного мозга с нагноением".
3. МРТ головного мозга.
4. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта с учетом решения вопроса об оперативном вмешательстве.

Консервативное лечение должно включать антибиотикотерапию (можно назначить препараты цефалоспоринового ряда, проникающие через гематоэнцефалический барьер – цефотаксим (по 1-2 г каждые 4-12 ч – до 12 г/сут.) и цефтриаксон (до 100 мг/кг/сут. (до 4 г/сут.) 1 раз в сутки) внутривенно.), противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), занятия с логопедом.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 2-3 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-3 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 22.**

В отделение доставлен мужчина 52-х лет с жалобами на вращательное головокружение, пошатывание при ходьбе, больше влево, осиплость голоса, поперхивание при проглатывании воды, двоение в вертикальной плоскости.

Из анамнеза – за 1 месяц до этого внезапно почувствовал боль в левой половине головы и в левом глазу, а затем появились перечисленные жалобы. АД было нормальным. Периодически отмечал блестящие зигзаги перед глазами, появилась непреодолимая сонливость днем. На следующий день фотопсии и сонливость исчезли, но выявил снижение чувствительности на левой половине лица и правой половине тела.

В течение 2-3 последующих недель несколько ухудшились фонация и глотание. Отмечал колебания АД (иногда – повышение до 180/100 мм рт.ст.), периодически – учащенное сердцебиение.

При осмотре: слева – легкий птоз и энофтальм, корнеальный рефлекс снижен. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Дисфония, дисфагия. Глоточный рефлекс слева снижен. Гипалгезия левой половины лица в наружных зонах Зельдера и на правой половине туловища и конечностях. Легкая правосторонняя пирамидная недостаточность без

патологических рефлексов. Интенция и дисметрия при ПКП и КПП слева. ПТИ – 108%. Глазное дно: признаки ангиопатии.

После лечения неврологическая симптоматика частично регрессировала, однако при физических упражнениях замечал снижение звучности голоса и появление пелены перед глазами.

1. Определите предположительный диагноз
2. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Инфаркт левой половины продолговатого мозга (тромбоз интракраниального отдела левой позвоночной артерии в месте отхождения задней нижней артерии мозжечка). Преходящие расстройства обусловлены кратковременным ухудшением кровоснабжения соответствующих областей мозга.
2. Ведение пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. Тромболитическая терапия в данном случае противопоказана, поскольку время терапевтического окна упущено. Вторичная профилактика атеротромботического инсульта должна начинаться уже после стабилизации гемодинамики.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – в течение 1 года - 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 23.**

В отделение доставлена женщина 62-х лет – сегодня днем во время приготовления обеда почувствовала внезапное головокружение, сопровождавшееся тошнотой и рвотой, сильную головную боль в затылочной области.

В анамнезе – артериальная гипертензия в течение 15 лет (гипотензивные препараты принимала регулярно и постоянно). Адаптирована к АД 160/90 мм рт.ст.

При осмотре – сонлива, вялая. АД 230/130 мм рт.ст. Зрачки S=D, 3 мм в диаметре, фотореакции сохранены. Глазные яблоки и голова повернуты вправо. Глубокие рефлексы с конечностей повышены, D>S. Симптом Бабинского справа. Адиадохокинез, легкая дисметрия, мышечная гипотония в левых конечностях. Спустя час после осмотра стала еще более заторможенной, стали определяться двусторонние стопные знаки. Выявлена брадикардия 50 ударов в минуту.

При РКТ головного мозга – гиперденсивный очаг в левом полушарии мозжечка.

1. Определите предположительный диагноз
2. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Кровоизлияние (гематома) в левом полушарии мозжечка, отек ствола мозга.

2. В тоже время нельзя исключить наличие опухоли мозжечка, что требует проведения МРТ головного мозга.
3. Лечение гематом мозжечка – оперативное при объеме гематомы 14 см<sup>3</sup> и более или максимальном диаметре >3 см, сдавлении ствола мозга, развитии окклюзионной гидроцефалии. При этом хирургическое лечение противопоказано при угнетении сознания до глубокой или запредельной комы с нестабильностью гемодинамики. Консервативное ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта с акцентом на гипотензивную и противоотечную терапию. В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1 года – 1 раз в 2-3 месяца, далее – 1-3 раза в год. Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация). При выраженных остаточных явлениях у пациентов трудоспособного возраста может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 24.**

В отделение доставлена женщина 33-х лет, с 15-ти лет страдающая приступами мигрени с офтальмической аурой с частотой 2-4 раза в месяц. Приступ заключается в том, что после кратковременных фотопсий с присоединяющимися двусторонними скотомами через 10-15 минут развивается гемикрания (с чередованием сторон при разных приступах) длительностью несколько часов. В межприступном периоде считала себя здоровой. Последние 2 года головные боли не отмечала.

Неделю назад на фоне интенсивной правосторонней головной боли, которой предшествовали фотопсии в левых полях зрения, возникла левосторонняя гомонимная гемианопсия, повторная рвота. Головная боль и гемианопсия не проходили в течение двух суток, в связи с чем была госпитализирована.

При осмотре – помимо гемианопсии выявлены легкая левосторонняя пирамидная недостаточность и недостаточность иннервации мимической мускулатуры по центральному типу. При соматическом осмотре патологии не выявлено. Гемограмма не изменена. Семейный анамнез отягощен по мигрени.

При РКТ в день поступления – патологии не выявлено, однако через 2 недели при повторной РКТ выявлен гиподенсивный очаг в правой затылочной доле.

1. Определите предположительный диагноз
2. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Инфаркт мозга в бассейне правой ЗМА (мигрень-индуцированный инсульт). Такой расценивается как мигренозный инфаркт (G43.3), являющийся осложнением мигрени.
2. В то же время необходимо проведение МРТ и МРА головного мозга для исключения другой этиологии инфаркта мозга с симптомами, напоминающими мигрень с аурой (окклюзия/диссекция базилярной или позвоночной артерий, кардиоэмболии, артериовенозные мальформации, церебральный венозный тромбоз). При этом РКТ в остром периоде может не выявлять ишемические



изменения в тканях головного мозга, поэтому в данном случае только на повторной РКТ выявлен сформировавшийся очаг инфаркта мозга.

3. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. Лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, препараты магния.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1-го года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем – 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, препараты магния, витамины группы В, немедикаментозные средства – ЛФК (медицинская реабилитация). С целью профилактики приступов мигрени и нарушений мозгового кровообращения возможно назначение вазобрала (по 1/2-1 таблетке 2 раза в день в течение 2-3 месяцев).

При выраженных остаточных явлениях инсульта может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 25.**

В отделение доставлена женщина 30-ти лет, вторая беременность, с диагнозом "Острый миелит, нижняя периферическая параплегия. Беременность 38 недель".

За месяц до госпитализации стала замечать повышенную утомляемость ног при ходьбе, стала часто запинаться. Отмечался эпизод, когда, поднимаясь по лестнице, упала ("подкосились ноги"), было недержание мочи. Через 30 минут все нарушения регрессировали. В дальнейшем в положении лежа на спине стали появляться преходящие чувство зябкости и слабость в ногах. Проснувшись сегодня утром, обнаружила отсутствие активных движений в ногах, онемение нижней части тела, недержание мочи.

При осмотре: нижняя вялая параплегия с сухожильной арефлексией, диссоциированная параанестезия с уровня Т9, недержание мочи. Пульсация артерий тыла стопы ослаблена. Температура тела периодически субфебрильная. Анализ крови: Л 10,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 36 мм/ч. Ликвор не изменен, ликворологические пробы не нарушены. На спондилограммах патологии не выявлено.

Через 3 суток после родоразрешения путем кесарева сечения появились активные движения в пальцах ног, позывы к мочеиспусканию. Через 5 дней стали вызываться коленные рефлексы и симптом Бабинского с обеих сторон. В течение 2-х недель явления неврологического дефицита значительно регрессировали.

1. Определите предположительный диагноз
2. Объясните особенности неврологической симптоматики.
3. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
4. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Нарушение спинального кровообращения.
2. Неврологическая симптоматика обусловлена компрессией беременной маткой брюшной аорты и ухудшением (особенно в положении лежа на спине) при этом кровоснабжения спинного мозга с развитием сначала преходящей ишемии поясничного утолщения с парезом ног и недержанием мочи, а затем – более стойких двигательных, чувствительных и тазовых расстройств (бассейн артерии

поясничного утолщения Адамкевича). В то же время компрессия брюшной аорты может быть связана с периаортальной опухолью. Также ишемия поясничного утолщения может развиваться при сдавлении непосредственно самой артерии Адамкевича грыжей МПД, однако в данном случае нет указаний на вертебральный болевой синдром. На отсутствие миелита указывает отсутствие воспалительных изменений в крови и быстрый регресс неврологической симптоматики.

3. Проведение МРТ забрюшинного пространства.
4. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта и связано с решением вопроса о быстром родоразрешении. Лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, препараты магния.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – в течение 1 года - 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 26.**

На приеме женщина 32-х лет с жалобами на резкие жгучие боли в области левой ладони, уменьшающиеся лишь при обертывании кисти влажной салфеткой.

1 месяц назад во время мытья окна повредила верхнюю треть левого предплечья разбитым стеклом. Сразу после травмы возникло ограничение активных движений пальцев левой кисти. Амбулаторное лечение без эффекта. Спустя месяц появились указанные боли.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено, функции черепных нервов не нарушены. Определяется ограничение сгибания 1-2-го и отчасти – 3-го пальцев левой кисти. Затруднено сжатие пальцев в кулак, не может противопоставить большой палец остальным. Атрофированы мышцы возвышения большого пальца. Снижена чувствительность на ладонной поверхности 1-3-го пальцев. Наблюдается отечность тыльной поверхности левой кисти, она холодная и влажная на ощупь. Ногти тусклые, ломкие. Кисть имеет форму "обезьяньей". Рефлексы с бицепса и трицепса вызываются, карпорадиальный справа – снижен.

1. Чем объяснить своеобразие боли и вазомоторно-трофические расстройства в области левой кисти?
2. Определите предположительный диагноз
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Своеобразные жгучие боли, так называемые "каузалгические" и вазомоторно-трофические расстройства обусловлены повреждением симпатических волокон в составе срединного нерва.
2. Клинический диагноз – Травматическая нейропатия левого срединного нерва с двигательными, чувствительными и вегетативными расстройствами, восстановительный период.

3. Лечение: антиконвульсанты (габапентин), препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, оперативное (невролиз, нейрография) после проведения ЭНМГ.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 2-3 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1 раз в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 27.**

На приеме мужчина 37-ми лет, водитель. В течение 4-х лет периодически беспокоят боли в пояснице. Три дня назад, после поднятия тяжести, возникли стреляющие боли в поясничной области и по задне-наружной поверхности правой ноги. Боли усиливаются при движениях в поясничном отделе позвоночника, кашле, чихании.

Объективно: сколиоз поясничного отдела вправо, движения в поясничном отделе ограничены из-за боли. Правый ахиллов рефлекс отсутствует. Снижена сила в разгибателе большого пальца правой стопы. Гипестезия по наружному краю и тылу стопы во всех пальцах, кроме большого. Болезненность при пальпации остистых отростков L4-L5, паравертебральных точек на этом уровне (больше справа) и точек Валле справа. Симптом Ласега "+" справа с 30°.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела в боковой проекции выявлено сужение межпозвонковой щели L4-L5.

1. Определите предположительный диагноз
2. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия
3. Врачебно-трудовая экспертиза.

*Эталон ответа:*

1. Клинический диагноз – Вертеброгенная (дегенерация межпозвонкового диска) радикулопатия L5-S1 справа, вялый парез разгибателя большого пальца правой стопы, болевой и мышечно-тонический синдромы с нарушением статокINETической функции позвоночника.
2. Лечение заключается в назначении постельного режима, анальгетиков или НПВС до стихания спонтанной боли, миорелаксантов внутрь или в/м, противоотечных средств (в/в венотоник L-лизина эсцинат), препаратов с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препаратов, улучшающих микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витаминов группы В, хондропротекторов. Возможны корешковые, паравертебральные или эпидуральные блокады с местными анестетиками, физиотерапия – СМТ или ДДТ 8-10 на поясничную область, фонофорез с гидрокортизоном на эту же область 10. Больной нетрудоспособен 3-4 недели.

В дальнейшем – диспансерное наблюдение невролога по месту жительства 2-3 раза в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раза в год. Реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты,

улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК, тепло- и водолечение (медицинская реабилитация).

3. При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 28.**

Машиной скорой помощи в приемное отделение доставлена женщина 25-ти лет – после интенсивной тренировки возникла острейшая головная боль, тошнота, рвота, двоение при взгляде вправо, психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания.

При осмотре: сонлива, на вопросы отвечает односложно, с запозданием. Лицо гиперемировано. АД при измерении 190/100 мм.рт.ст. При осмотре: расходящееся косоглазие слева. Положительные симптомы Бехтерева слева, Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту, обоснуйте их?
3. Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?
4. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
5. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Субарахноидальное кровоизлияние, вследствие разрыва аневризмы левой задней соединительной артерии. Общемозговой синдром. Парез левого глазодвигательного нерва.
2. 1. Выполнение КТ головного мозга и КТ-ангиография – для подтверждения субарахноидального кровоизлияния и визуализации его источника.

2. Транскраниальная доплерография – для определения локализации сосудистого спазма и динамики его развития.

3. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, АлТ, АсТ, билирубин, глюкоза крови) – для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

4. МРТ головного мозга – для исключения очага ишемии, определения динамики субарахноидального кровоизлияния в подостром и хроническом периодах.

5. ЭхоКГ, ЭКГ - для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, диагностики сопутствующей кардиальной патологии (инфаркт миокарда).

6. Люмбальная пункция – для подтверждения наличия субарахноидального кровотечения.

3. 1. Консультация нейрохирурга – для решения вопроса об оперативном лечении.

2. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

3. Консультация эрготерапевта – для максимальной социальной и бытовой адаптации.

4. Консультация кардиолога – для коррекции уровня АД.

4. 1. Оперативное лечение - с целью исключения аневризмы из работы системного кровотока.

2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).

3. Антигипертензивные препараты (преимущественно блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) – для профилактики развития повторных сосудистых событий, снижения уровня АД.

4. Инфузии 2,5 л физиологического раствора в сутки - с целью профилактики гиповолемии.
5. Коллоидные растворы – с целью гемодилюции.
5. 1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.
2. Физиотерапия – после острого периода инсульта.
3. Работа с эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе

#### **Задание 29.**

Женщина 76-ти лет обратилась по поводу прогрессирующего снижения памяти на текущие события. Отмечает забывчивость уже в течение нескольких лет, за это время непрерывно нарастает.

При беседе – сознание ясное, контактна, несколько растеряна и беспокойна, правильно ориентирована в месте, но ошибается при назывании точной даты. Часто жалуется на плохую память; она не помнит, что куда положила, о чем разговаривала с домашними, с трудом припоминает имена внуков, которые живут отдельно. Иногда испытывает также затруднения при подборе нужного слова в разговоре, назывании предметов.

Нейропсихологическое исследование выявляет выраженные нарушения памяти, умеренные нарушения гнозиса, праксиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Локализация поражения?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные исследования?
4. Лечение?

*Эталон ответа:*

1. Височная доля (гиппокамп) и задние отделы теменной доли доминантного полушария.
2. Болезнь Альцгеймера.
3. МРТ головного мозга.
4. Ингибитор ацетилхолинэстеразы донепезил по 5-10 мг/сут. или ингибитор NMDA-глутаматных рецепторов мемантин по 5-20 мг/сут.

#### **Задание 30.**

Госпитализирован мужчина 45-ти лет – ремонтировал крышу загородного дома, не удержался и упал. Самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами и сказал, что ног не чувствует. Жена вызвала скорую помощь. При осмотре выявлен нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня Т9.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.?
2. Какие правила транспортировки в данной ситуации?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Тактика лечения?

*Эталон ответа:*

1. Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне Т8.
2. Транспортировка осуществляется лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, подложенным под поясницу валиком, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
3. МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника, рентгенографию ребер, обследование для исключения повреждения внутренних органов.
4. В случае подтверждения сдавления спинного мозга (позвонком, гематомой) оперативное лечение - декомпрессия. Введение метилпреднизолона (30 мг/кг), симптоматическая

терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

### Задание 31.

В приемное отделение в 17:00 доставлена женщина 73-х лет – жалобы на слабость и онемение в правой руке, асимметрию лица, нарушение речи.

Анамнез: длительно страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. Две недели назад остро возникли пекущие боли в области сердца, одышка при ходьбе, однако за медицинской помощью не обратилась. Резкое ухудшение состояния отмечает с 15:00 сегодняшнего дня, когда внезапно появились вышеуказанные жалобы, нарушилась речь, по поводу чего дочерью была вызвана бригада "скорой помощи": АД = 130/70 мм рт.ст., ЧСС 68 ударов в минуту, ЧДД 18 в минуту; температура тела 36,7°C; глюкоза крови по данным глюкометра - 5,1 ммоль/л; ЭКГ - единичные экстрасистолы, был выполнен ТгорТест - получен сомнительный результат.

При осмотре: элементы моторной афазии, сглаженность носогубной складки и опущение угла рта справа, девиация языка вправо. Глубокие рефлексы с рук повышены D>S, с расширением рефлексогенных зон, с ног – живые, D=S. Мышечный тонус в правой руке повышен по спастическому типу. Мышечная сила в правой руке - 2 балла. Положительные симптомы орального автоматизма. Чувствительных расстройств нет. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту? Обоснуйте их.
3. Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?
4. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
5. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, кардиоэмболический патогенетический подтип по TOAST, элементы моторной афазии, брахицефальный синдром справа.

2. 1. Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутримозгового кровоизлияния.

2. ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).

3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.

4. Троп-тест (экстренно) - для исключения кардиальной патологии (инфаркт миокарда).

5. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, К крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

6. МРТ головного мозга (первые 3 суток) – для подтверждения наличия очага ишемии.

3. 1. Консультация кардиолога для подтверждения кардиоэмболической природы инсульта (инфаркт миокарда), подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии.

2. Консультация логопеда для коррекции речевых расстройств.

3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

4. Консультация кинезиотерапевта - для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК.

5. Консультация эрготерапевта - для максимальной социальной и бытовой адаптации.

4. 1. Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний.

2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).

3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики).
4. Статины - с гиполипидемической целью.
5. Антикоагулянты, антиагреганты (инфаркт миокарда является противопоказанием к проведению тромболитической терапии).
5. 1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом, логопедом.
2. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.
3. Ботулинотерапия, с целью коррекции постинсультной спастичности.
4. Физиотерапия - после острого периода инсульта.

### **Задание 32.**

Машиной скорой помощи в приемное отделение доставлен мужчина 63-х лет – длительно страдает артериальной гипертензией, после подъема АД до 210/100 мм рт.ст. остро возникла головная боль в затылочной области, тошнота, однократная рвота, шаткость при ходьбе, головокружение.

При осмотре: сонлив, быстро истощается при контакте, лицо гиперемировано. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Разнонаправленный крупноразмашистый нистагм. Глубокие рефлексы высокие, S>D, с расширением рефлексогенных зон. Положительный симптом Бабинского слева. Правосторонняя гемиатаксия.

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту, обоснуйте их.
3. Укажите, консультации специалистов, необходимые при данной патологии, определите их цель.
4. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его.
5. Составьте программу реабилитации для данного пациента.

*Эталон ответа:*

1. Геморрагический инсульт с кровоизлиянием в правое полушарие мозжечка, вследствие гипертонической болезни III степени. Общемозговой синдром. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Правосторонняя гемиатаксия.
2. 1. Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутричерепного кровоизлияния.
2. ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).
3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.
4. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, К крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).
3. 1. Консультация нейрохирурга cito – для решения вопроса об оперативном лечении.
2. Консультация кардиолога для подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии (артериальной гипертензии).
3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.
4. Консультация кинезиотерапевта – для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК, коррекции дисфагии.
5. Консультация эрготерапевта – для максимальной социальной и бытовой адаптации.
6. Консультация логопеда – для коррекции дизартрии и дисфагии.
4. 1. Удаление гематомы путем хирургического вмешательства.

2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).

3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики) – для профилактики развития повторных сосудистых событий.

4. Борьба с гипертензионным синдромом (возвышенное положение головного конца, осмодиуретики, оксигенотерапия, гипертонический раствор натрия хлорида, седация (барбитураты, кетамин, пропофол), хирургически – декомпрессионная краниотомия).

5. 1. Ранняя реабилитация: ранняя вертикализация, занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.

2. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

3. Физиотерапия – после острого периода инсульта.

4. Работа с кинезиологом, эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

### **Задание 33.**

Мужчина 63-х лет обратился с жалобами на слабость, похудение рук и неловкость в них, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Указанные проявления стал отмечать около 1 года назад с дистальных отделов рук, постепенно они распространились и на проксимальные отделы.

При осмотре: гипотрофия мышц верхних конечностей, больше слева, частые фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы повышены с обеих сторон, выявляются патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3-х баллов в левой руке, 3,5 баллов – в правой, больше в дистальных отделах, и до 4-х баллов – в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

1. Топический диагноз?

2. Клинический диагноз?

3. План обследования?

4. Тактика ведения пациента?

5. Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

1. Поражение передних рогов спинного мозга на шейном уровне.

2. Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.

3. ЭНМГ (предполагается – поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (предполагается – мутация СОД-1).

4. Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца. Симптоматическое лечение.

5. 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.

### **Задание 34.**

Мужчина 57-ми лет имеет артериальную гипертензию со средним уровнем АД 180-200/110-120 мм рт.ст. в течение последних 15 лет, регулярного лечения не получал. В последние годы появились и нарастают по выраженности нарушения памяти и внимания, неразборчивость речи, пошатывание и падения при ходьбе, недержание мочи.

При осмотре: заторможен, самостоятельно жалоб не предъявляет, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: рефлексы орального автоматизма, насильственный смех и плач, высокие симметричные глубокие рефлексы, симптом Бабинского с двух



сторон, легкая гипокинезия и повышение мышечного тонуса по пластическому типу в нижних конечностях, походка на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечение?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы постуральной неустойчивости, псевдобульбарный, пирамидная недостаточность в нижних конечностях, умеренных когнитивных нарушений.
2. Лобные доли с 2-х сторон и их связи с подкорковыми образованиями.
3. Сосудистая деменция.
4. МРТ головного мозга, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.
5. Постоянная гипотензивная терапия, ингибитор ацетилхолинэстеразы донепезил по 5-10 мг/сут. или ингибитор NMDA-глутаматных рецепторов мемантин по 5-20 мг/сут.

### **Задание 35.**

В клинику в крайне тяжелом состоянии доставлен молодой человек 29-ти лет. Со слов родственников – страдал артериальной гипертензией с юношеских лет. 7 дней назад в квартире внезапно потерял сознание, упал. Подняться самостоятельно не смог из-за слабости в правых конечностях. С того же дня – речевые нарушения.

Осмотрен на дому неврологом, госпитализирован в местную больницу, на 2-й день выполнена люмбальная пункция – ликвор бесцветный, прозрачный реакция Панди +, белок – 0,3 г/л, цитоз – 5 клеток (лимфоциты).

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного продолжало ухудшаться и после консультации нейрохирурга на 7-й день переведен в клинику.

При поступлении выявлены правосторонняя гемиплегия, моторная афазия, выраженные общемозговые симптомы. Выполненная ЭхоЭГ выявила смещение срединных структур слева направо на 9-10 мм.

1. Обоснуйте топический и клинический диагноз?
2. Правильной ли была тактика врача на 1-ом этапе? Если нет, то постарайтесь изложить Вашу.
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. У больного геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с интрацеребральной гематомой. Клинический диагноз – Внутримозговое кровоизлияние в левой гемисфере, спастическая правосторонняя гемиплегия, моторная афазия.
2. Выполненная люмбальная пункция могла вызвать синдром дислокации с вклинением ствола, т.к. при ЭхоЭГ выявлено смещение срединных структур на 9-10 мм. Поэтому правильное решение заключается в госпитализации больного в многопрофильный стационар для дообследования (ЭхоЭС, РКТ и т.д.) и оказания специализированной помощи.
3. В случае геморрагического инсульта необходимо неотложное решение вопроса об оперативном вмешательстве. Ведение пациента в блоке нейрореанимации осуществляется в соответствии с принципами базисной терапии инсульта с акцентом на противоотечные и гипотензивные средства.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 1 раз в 3-4 месяца в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 36.**

Машиной скорой помощи в приемное отделение доставлен мужчина 75-ти лет – длительный анамнез артериальной гипертензии, неделю назад, после подъема АД до 180/100 мм.рт.ст., возникло онемение левой половины тела.

При осмотре: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без особенностей. Гипестезия левой половины тела. Глубокие рефлексы с конечностей живые D=S. Мышечная сила и тонус не изменены. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

4. Наиболее вероятный диагноз?
5. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту? Обоснуйте их.
6. Укажите, консультации специалистов, необходимые при данной патологии, определите их цель.
7. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
8. Дайте рекомендации по вторичной профилактике для данного пациента?

*Эталон ответа:*

2. Ишемический инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии с формированием лакунарного инфаркта в правом таламусе на фоне гипертонической болезни; изолированная гемигипестезия слева.
3. 1.Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутричерепного кровоизлияния.  
2.ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).  
3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.  
4. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, К крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).  
5. МРТ головного мозга (первые 3 суток) – для подтверждения наличия очага ишемии.
3. 1. Консультация кардиолога для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, подбора антигипертензивной терапии.  
2. Консультация психотерапевта и психолога - для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.
4. 1. Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний.  
2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).  
3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики).  
4. Статины - с гиполипидемической целью.  
5. Антиагреганты, антикоагулянты.
5. 1. Изменение образа жизни: диета с ограничением соли и насыщенных жиров, обогащенная клетчаткой, отказ от вредных привычек, регулярная физическая активность.

2. Контроль уровня АД, ЧСС.
3. Назначение антигипертензивной терапии.
4. Назначение антитромботической терапии (антиагреганты, антикоагулянты).
5. Назначение гиполипидемической терапии (статины).

#### **Задание 37.**

Мужчина 53-х лет – жалобы на снижение памяти, сложность выполнения умственной работы, головные боли, нарушения сна. Считает себя больным в течение последних 6 месяцев после смерти жены. Снижение памяти и головные мешают больному справляться со своими профессиональными обязанностями и общаться с людьми. Головные боли ощущает постоянно, они средней интенсивности, носят сжимающий характер.

При осмотре – подавлен, вял, несколько заторможен. Правильно ориентирован в месте и времени. При исследовании эмоционального статуса выявляются значительное снижение фона настроения. Отчётливых нарушений праксиса, гнозиса и речи не выявляется. Интеллектуальные операции замедленны. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Предварительный клинический диагноз?
2. Дополнительные исследования?
3. Лечение?

*Эталон ответа:*

1. Синдром депрессии. Головная боль мышечного напряжения.
2. Консультация психотерапевта.
3. Антидепрессант вальдоксан 25 мг на ночь 3-6 месяцев.

#### **Задание 38.**

У 52-х летней женщины в течение последних 8 месяцев развились прогрессирующая деменция, атактическая походка, повышение глубоких рефлексов, тремор и миоклонические судороги. Речь стала замедленной и неразборчивой, движения рук неловкими. Ни у кого из членов ее семьи не было дегенеративных неврологических заболеваний. При МРТ патологии не выявлено. ЭЭГ-исследование не выявило расстройство фоновой активности с периодическими острыми разрядами, повторяющимися через один интервал.

Из рассказа родственников установлено, что несколько лет тому назад больная лечилась гормонами роста по поводу неустановленного заболевания. Эндокринологическое исследование патологии не выявило.

Больная умерла от тяжелой аспирационной пневмонии. Патоморфологически выявлены признаки губчатой энцефалопатии.

1. Определите синдромологический, топический диагнозы.
2. Предположительный диагноз.
3. Назовите круг дифференцируемых заболеваний.
4. Обоснуйте диагноз.
5. Укажите путь заражения.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – мозжечковая атаксия, пирамидная недостаточность, апраксия, афазия/дизартрия, миоклонии, деменция. Топический диагноз – поражение коры больших полушарий и мозжечковых связей.
2. Предположительный диагноз – Болезнь Крейтцфельда-Якоба
3. Круг дифференцируемых заболеваний – пресенильная деменция, болезни Альцгеймера и Пика, хорея Гентингтона, гепатоцеребральная дегенерация, миоклонус-эпилепсия, лейкоэнцефалит.
4. Путь заражения – болезнь Крейтцфельда-Якоба может быть генетически обусловленной, может иметь спорадический характер или вызываться прионной инфекцией, передающейся пероральным путем через зараженную пищу (мясо

крупного рогатого скота) и при ятрогенных воздействиях. В данном случае следует предполагать заражение при применении гормона роста.

5. Диагностика базируется на выявлении быстро прогрессирующей деменции с дезинтеграцией всех высших корковых функций – корковых нарушений речи, зрения, праксиса, когнитивных нарушений и нарушений поведения, пирамидных и экстрапирамидных нарушений, мозжечковой дисфункции, эпилептических припадков (миоклонус), факте применения гормона роста. Определенный диагноз болезни Крейтцфельда-Якоба устанавливается после патоморфологического исследования.

### Задание 39.

Больная, 72-х лет, поступила в приемное отделение в 17:00 с жалобами на: слабость и онемение в правой руке, асимметрию лица.

Из анамнеза – пациентка длительно страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 200\110 мм.рт.ст. Две недели назад остро возникли пекущие боли в области сердца, одышка при ходьбе, однако за медицинской помощью не обратилась. Резкое ухудшение состояния отмечает с 15:00 сегодняшнего дня, когда внезапно, появились вышеуказанные жалобы, нарушилась речь, по поводу чего дочерью была вызвана бригада скорой помощи: АД = 130/70 мм рт.ст., ЧСС- 68 ударов в минуту, ЧДД -18 в минуту; температура тела=36,7 \*С; глюкоза крови по данным глюкометра - 5,1 ммоль/л; по данным электрокардиограммы (ЭКГ) - единичные экстрасистолы, был выполнен ТгорТест - получен сомнительный результат.

Осмотр дежурным неврологом: элементы моторной афазии, асимметрия лица в виде сглаженности носогубной складки, опущения угла рта справа, девиация языка вправо. Глубокие рефлексы с рук живые D>S, с расширением рефлексогенных зон, с ног – живые, D=S. Мышечный тонус в правой руке повышен по спастическому типу. Мышечная сила в правой руке - 2 балла. Положительные симптомы орального автоматизма. Чувствительных расстройств нет. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту? Обоснуйте их.
3. Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?

*Эталон ответа:*

1. Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, кардиоэмболический патогенетический подтип по TOAST. Элементы моторной афазии. Брахиоцефальный синдром справа.
2. 1. Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутримозгового кровоизлияния.
2. ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).
3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.
4. Троп-тест (экстренно) - для исключения кардиальной патологии (инфаркт миокарда).
5. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, K крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).
6. МРТ головного мозга (первые 3 суток) – для подтверждения наличия очага ишемии.
3. 1. Консультация кардиолога для подтверждения кардиоэмболической природы инсульта (инфаркт миокарда), подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии.
2. Консультация логопеда для коррекции речевых расстройств.
3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

4. Консультация кинезиотерапевта - для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК.

5. Консультация эрготерапевта - для максимальной социальной и бытовой адаптации.

#### **Задание 40.**

Мужчина 33-х лет обратился с жалобами на периодически возникающие приступы потери сознания, с судорогами, прикусыванием языка. Приступу предшествует возникающее за несколько часов немотивированное изменение настроения, сложные слуховые галлюцинации в виде зрительных картин, предчувствие грядущего приступа. Частота приступов 4-5 раз в неделю.

Анамнез: 3 месяца назад попал в драку, получил удары по голове, вскоре после этого появились вышеуказанные жалобы.

4. Предположите наиболее вероятный диагноз?

5. Составьте план обследования пациента?

6. Перечислите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии?

7. Укажите группы препаратов, которые можно применять при лечении данного пациента?

8. Дайте рекомендации по дальнейшей реабилитации пациента?

*Эталон ответа:*

1. Симптоматическая височная эпилепсия с частыми сложными парциальными припадками с психо-сенсорной и слуховой аурой с частой вторичной генерализацией.

2. 1. МРТ, КТ головного мозга - для подтверждения очагового поражения головного мозга, приводящего к раздражению задней и боковой части височной доли.

2. ЭЭГ – для выявления эпилептической активности.

3. ЭКГ – для выявления сопутствующей кардиальной патологии.

4. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевины и креатинина, Алт, АсТ, билирубин, глюкоза крови) – для выявления сопутствующей соматической патологии.

3. 1. Консультация нейрохирурга – для решения вопроса об оперативном лечении.

2. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

4. 1. Препараты вальпроевой кислоты (депакин).

2. Агонисты ГАМКА-рецепторов (топирамат).

3. Блокаторы натриевых каналов (карбамазепин).

4. Производные пираретама (леветирацетам).

5. Ламотриджин.

6. Прегабалин.

5. 1. Устранение факторов, способствующих возникновению приступов (недосыпания, физического и умственного перенапряжения), гипертермии.

2. Работа с психотерапевтом и психологом.

3. Систематическое наблюдение у невролога для динамического наблюдения и подбора адекватной схемы терапии и дозировки противосудорожных препаратов.

#### **Задание 41.**

На приеме женщина 29-ти лет со своим единственным 6-тилетним сыном. У мальчика нарушилась походка, во время активных игр стал падать, плохо поднимается по лестнице.

При осмотре: резко выраженный лордоз, атрофия мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексы снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте 16ти лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.

2. Что такое приемы Говерса?

3. Тип наследования данного заболевания?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5. Нужно ли обследовать других членов семьи и зачем?
6. Предложите тактику лечения?
7. Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

1. Прогрессирующая миодистрофия Дюшенна.
2. Специфический способ вставания из положения лежа с использованием туловища как опоры для рук, присущий исключительно пациентам с мышечными дистрофиями.
3. X-сцепленный рецессивный.
4. ПЦР ДНК диагностика, при невозможности: ЭНМГ, биохимический анализ крови (КФК), биопсия мышц с гистохимическим анализом.
5. Обязательное обследование матери на носительство (ПЦР), если она хочет еще детей.
6. Терапия, направленная на процессы транскрипции и трансляции (единственные средства, прошедшие доклиническую разработку и достигшие фазы клинических испытаний – аталурен и этеплирсен), стероиды (единственные препятствуют ухудшению мышечной силы и двигательной активности, симптоматическое лечение).
7. При правильном лечебном подходе (своевременно начатая и регулярная лечебная гимнастика по несколько раз в день, психологическая поддержка, правильная профессиональная ориентация, соблюдение диеты с низким содержанием жиров и высоким содержанием белка при оптимальном содержании витаминов и микроэлементов, ортопедические мероприятия) возможно отодвинуть срок наступления обездвиженности на 1-3 года. К сожалению, заболевание быстро прогрессирует и приводит к летальному исходу до 25-летнего возраста.

#### **Задание 42.**

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 63-х лет – длительно страдает артериальной гипертензией. После подъема АД до 210/100 мм рт.ст. остро возникла головная боль в затылочной области, тошнота, однократная рвота, шаткость при ходьбе, головокружение.

При осмотре: пациент сонлив, быстро истощаем при контакте, лицо гиперемировано. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Разнонаправленный крупноразмашистый нистагм. Глубокие рефлексы высокие, S>D, с расширением рефлексогенных зон. Положительный симптом Бабинского слева. Правосторонняя гемиатаксия.

4. Наиболее вероятный диагноз.
5. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту, обоснуйте их.
6. Укажите, консультации специалистов, необходимые при данной патологии, определите их цель.
7. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его.
8. Составьте программу реабилитации для данного пациента.

*Эталон ответа:*

2. Геморрагический инсульт с кровоизлиянием в правое полушарие мозжечка, вследствие гипертонической болезни III степени. Общемозговой синдром. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Правосторонняя гемиатаксия.
2. 1. Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутримозгового кровоизлияния.
2. ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).
3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.
4. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма,

биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, К крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

3. 1. Консультация нейрохирурга *sito* – для решения вопроса об оперативном лечении.
2. Консультация кардиолога для подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии (артериальной гипертензии).
3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.
4. Консультация кинезиотерапевта – для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК, коррекции дисфагии.
5. Консультация эрготерапевта – для максимальной социальной и бытовой адаптации.
6. Консультация логопеда – для коррекции дизартрии и дисфагии.
4. 1. Удаление гематомы путем хирургического вмешательства.
2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики) – для профилактики развития повторных сосудистых событий.
4. Борьба с гипертензионным синдромом (возвышенное положение головного конца, осмодиуретики, оксигенотерапия, гипертонический раствор натрия хлорида, седация (барбитураты, кетамин, пропофол), хирургически – декомпрессионная краниотомия).
5. 1. Ранняя реабилитация: ранняя вертикализация, занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.
2. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.
3. Физиотерапия – после острого периода инсульта.
4. Работа с кинезиологом, эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

#### **Задание 43.**

В отделение поступила женщина 34-х лет – жалобы на затруднение ходьбы из-за шаткости и слабости в ногах, нарушение речи. Болеет около 12 лет, когда перенесла ретробульбарный неврит слева с полным восстановлением зрения через 3 месяца. Через 3 года стала отмечать двоение и шаткость при ходьбе, которые прошли после терапии кортикостероидами. 2 года назад вновь появилась шаткость при ходьбе, к которой присоединилась слабость в ногах, онемение в них и дизартрия. Получала гормональную терапию, но симптоматика постепенно нарастает.

При осмотре – острота зрения OS=0,8; OD=1,0, горизонтальный нистагм, нижний центральный парепарез (мышечная сила – 3 балла) с высоким спастическим мышечным тонусом, высокими коленными и ахилловыми рефлексамии, патологическими рефлексамии Бабинского с 2-х сторон, мозжечковая атаксия, гипестезия на ногах с уровня коленных суставов и выпадение вибрационной чувствительности на ногах. На момент осмотра отмечается нарастание тяжести симптомов более 2-х месяцев.

На МРТ головного мозга: множество гиперинтенсивных очагов демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга. На глазном дне: бледность дисков зрительных нервов с височных половин.

3. Синдромологический диагноз?
4. Топический диагноз?
5. Охарактеризуйте результаты проведенных исследований?
6. Наиболее вероятный диагноз?
7. Определите тактику ведения пациента?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы: умеренно выраженный нижний спастический парапарез, мозжечковая атаксия, нарушение поверхностной и вибрационной чувствительности по проводниковому типу, зрительные расстройства (атрофия ДЗН), тазовые расстройства.

2. Поражены в грудном отделе спинного мозга пирамидные пути, вегетативные пути для тазовых органов, спиноталамические пути и пути глубокой чувствительности в задних столбах, а также мозжечок и зрительный нерв.

3. Выявленные на МРТ ГМ множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга, мозжечка и ствола мозга, а также изменения на глазном дне характерны для рассеянного склероза.

4. Рассеянный склероз, вторично-прогредиентное течение, стадия прогрессирования.

5. Лечение: "пульс-терапия" (метилпреднизолон – 1000 мг в/в капельно 3-7 дней), плазмаферез, прямые антиоксиданты ( $\alpha$ -липоевая кислота), возможно применение цитостатиков (митоксантрон).

Для профилактики обострений – превентивная терапия иммуномодуляторами (копаксон, бетаферон, ребиф, авонекс) в период ремиссии.

#### **Задание 44.**

В отделение поступила женщина 32-х лет – в течение 3-х недель после перенесенного за 2 недели до этого ОРВИ отмечала нарастающую слабость в ногах, меньше – в руках, шаткость, легкое онемение в стопах, затем состояние стабилизировалось в течение 6-ти недель, однако затем вновь слабость в конечностях стала усиливаться. За медицинской помощью весь этот период не обращалась.

При осмотре: черепная иннервация не нарушена, слабость в конечностях до 2-х баллов в ногах и 3-х баллов в руках с преобладанием в проксимальных отделах, мышечная гипотония, отсутствие глубоких рефлексов, положительные симптомы Ласега и Вассермана с 2-х сторон, снижение всех видов чувствительности по типу "носков" и "перчаток", шаткость в пробе Ромберга.

4. Топический диагноз?

5. Наиболее вероятный диагноз? Его обоснование.

6. Составьте план обследования пациента?

7. Определите тактику ведения пациента?

*Эталон ответа:*

1. Поражение периферических нервов верхних и нижних конечностей демиелинизирующего или аксонального характера.

2. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия с острым началом, умеренно выраженный вялый тетрапарез, синдром сенситивной атаксии, нарушение чувствительности, умеренно тяжелое течение.

Диагноз хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии с острым началом установлен на основании жалоб на постепенно нарастающую слабость в ногах и руках, шаткость, легкое онемение в стопах, повторное усиление слабости в конечностях через 9 недель от начала заболевания и выявленных при осмотре вялого тетрапареза, нарушения всех видов чувствительности по полиневритическому типу и синдрома сенситивной атаксии.

3. Пациентке рекомендовано:

1. Проведение ЭКГ с целью диагностики поражения вегетативного аппарата сердца;

2. Исследование ликвора с целью выявления белково-клеточной диссоциации;

3. Проведение электронейромиографии с целью выявления признаков демиелинизирующего процесса или аксональной дегенерации;

4. МРТ нервных корешков или сплетений с контрастным усилением с целью выявления признаков воспалительного процесса;

5. Биопсия отдельных нервов с целью выявления признаков демиелинизации и/или ремиелинизации;



6. Обследование у эндокринолога и ревматолога с целью выявления признаков системной патологии (заболеваний эндокринной системы или соединительной ткани).

4. Патогенетически обоснованной терапией при хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии является проведение плазмафереза с целью удаления из организма плазмы крови без удаления форменных элементов крови и замещения плазмы кровозаменяющими жидкостями с удалением при этом с плазмой антител, иммунных комплексов, медиаторов воспаления, введение внутривенного иммуноглобулина или кортикостероидов в виде пульс-терапии или перорального приема, оказывающих противовоспалительное воздействие при иммунном воспалении. Лечение продолжают до максимально положительного эффекта. Комбинация трех методов дает более хороший и стойкий эффект, чем монотерапия.

#### **Задание 45.**

В отделение поступил юноша 17-ти лет с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в стопах ("ощущение поролона под подошвами"). За 3 дня до поступления в стационар утром появились онемение и боли в ногах, постепенно присоединилась слабость в ногах, затем – в руках, позже – в мимических мышцах лица. За 2 недели до госпитализации отмечались насморк и першение в глотке, что на приеме у терапевта в поликлинике было расценено как проявления острой респираторной вирусной инфекции.

При осмотре: Слабость мимических мышц слева, глотание и фонация не нарушены, глоточные рефлексы живые, слабость в ногах до 2-х баллов, в руках – до 3-х баллов, мышечная гипотония, глубокие рефлексы с рук и ног не вызываются, положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по полиневритическому типу. Средняя степень тяжести – 3 стадия по Североамериканской шкале тяжести двигательного дефицита.

4. Топический диагноз?

5. Наиболее вероятный диагноз? Его обоснование.

6. Составьте план обследования пациента?

7. Определите тактику ведения пациента?

*Эталон ответа:*

1. Поражение периферических нервов верхних и нижних конечностей и левого лицевого нерва демиелинизирующего характера.

2. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (синдром Гийена-Барре), умеренно выраженный периферический тетрапарез, нарушение чувствительности, умеренно тяжелое течение.

Диагноз синдрома Гийена-Барре установлен на основании нарастающей слабости в ногах и руках, прозопареза, боли и онемения в стопах, данных анамнеза – наличие катаральных проявлений со стороны верхних дыхательных путей, предшествовавших развитию неврологических симптомов и выявленных при осмотре периферического тетрапареза, прозопареза слева, нарушений поверхностной и глубокой чувствительности в ногах по полиневритическому типу.

3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭКГ с целью диагностики поражения вегетативного аппарата сердца, исследование ликвора с целью выявления белково-клеточной диссоциации, проведение электронейромиографии с целью выявления признаков демиелинизирующего процесса или аксональной дегенерации.

4. Патогенетически обоснованной терапией при тяжелом и средней тяжести синдроме Гийена-Барре (3-5 стадия по Североамериканской шкале тяжести двигательного дефицита) является проведение плазмафереза 3-6 с целью удаления из организма плазмы крови без удаления форменных элементов крови и замещения плазмы кровозаменяющими жидкостями с удалением при этом с плазмой антител, иммунных комплексов, медиаторов воспаления или введение внутривенного иммуноглобулина по 0,4 г/кг 5, оказывающего противовоспалительное воздействие при иммунном воспалении.

Базовая терапия включает контроль жизненно важных функций, профилактику тромбоза глубоких вен голени, инфекционных осложнений, пролежней, контрактур, компрессионных нейропатий, лечение болевого синдрома, нейрометаболические препараты, при необходимости – проведение ИВЛ.

#### **Задание 46.**

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлена женщина 25-ти лет – после интенсивной тренировки в спортзале возникла острая головная боль, тошнота, рвота, двоение при взгляде вправо, психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания.

При осмотре: сонлива, на вопросы отвечает односложно, с запозданием. Лицо гиперемировано. АД при измерении 190/100 мм.рт.ст. При осмотре: расходящееся косоглазие слева. Положительные симптомы Бехтерева слева, Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту, обоснуйте их?
3. Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?
4. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
5. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Субарахноидальное кровоизлияние, вследствие разрыва аневризмы левой задней соединительной артерии. Общемозговой синдром. Поражение левого глазодвигательного нерва.
2. 1. Выполнение КТ головного мозга и КТ-ангиография – для подтверждения субарахноидального кровоизлияния и визуализации его источника.  
2. Транскраниальная доплерография – для определения локализации сосудистого спазма и динамики его развития.  
3. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, АлТ, АсТ, билирубин, глюкоза крови) – для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).  
4. МРТ головного мозга – для исключения очага ишемии, определения динамики субарахноидального кровоизлияния в подостром и хроническом периодах.  
5. ЭхоКГ, ЭКГ - для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, диагностики сопутствующей кардиальной патологии (инфаркт миокарда).  
6. Люмбальная пункция – для подтверждения наличия субарахноидального кровотечения.
3. 1. Консультация нейрохирурга – для решения вопроса об оперативном лечении.  
2. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.  
3. Консультация эрготерапевта – для максимальной социальной и бытовой адаптации.  
4. Консультация кардиолога – для коррекции уровня АД.
4. 1. Оперативное лечение - с целью выключения аневризмы из работы системного кровотока.  
2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).  
3. Антигипертензивные препараты (преимущественно блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) – для профилактики развития повторных сосудистых событий, снижения уровня АД.  
4. Инфузии 2,5 л физиологического раствора в сутки - с целью профилактики гиповолемии.  
5. Коллоидные растворы – с целью гемодилюции.

5. 1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.
2. Физиотерапия – после острого периода инсульта.
3. Работа с эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

#### **Задание 47.**

На приеме женщина 24-х лет с жалобами на слабость в нижних конечностях, больше правой, и возникающие из-за этого частые спотыкания и падения, шаткость при ходьбе, дрожание левой руки при движениях, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Данные симптомы появились сразу после родов 2 недели назад и с тех пор нарастают.

При осмотре: эмоционально лабильна, несколько эйфорична. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы высокие, D>S, клonusы коленных чашечек и стоп. Патологические рефлексы орального автоматизма, Бабинского, Бехтерева с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и мимопромахивание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в пробе Ромберга.

4. Укажите топический диагноз?
5. Укажите клинический диагноз?
6. Какие обследования необходимы для подтверждения диагноза?
7. Какая тактика лечения данного заболевания?
8. Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

4. Мозжечок, спинной мозг, головной мозг (пирамидный путь и путь поверхностной чувствительности слева).

5. Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.

6. Осмотр, офтальмоскопия, ОАК, ОАМ, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИ в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

7. Лечение включает в себя: Патогенетическое лечение – иммуносупрессия: кортикостероиды (метипред, пуль-терапия 1000 мг/сут в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17 день – 20 мг, 18-20 день – 10 мг); натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в период обострения; иммуномодуляция – интерферон-бета-1a (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон-бета-1b (бетаферон) 8 млн МЕ п/к через день; симптоматическая терапия.

8. Исходы напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможны как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественности течения увеличивается.

#### **Задание 48.**

В приемном отделении мужчина 39-ти лет – через 2 недели после "простуды" повысилась температура тела до 38°, появились головная боль, головокружение вращательного характера, слабость в конечностях, онемение в них и на туловище, шаткость, учащенное мочеиспускание.

При осмотре: горизонтальный нистагм, центральный тетрапарез, проводниковый тип нарушения поверхностной и глубокой чувствительности от уровня пупка, статическая и динамическая атаксия в верхних и нижних конечностях, императивные позывы на мочеиспускание.

На МРТ головного мозга: 5 крупных гиперинтенсивных очагов в белом веществе лобных и теменных долей.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, цитоз 156 клеток за счёт лимфоцитов, белок 0,6 г/л.

3. Синдромологический диагноз?
4. Топический диагноз?
5. Охарактеризуйте результаты проведенных исследований?
6. Наиболее вероятный диагноз?
7. Определите тактику ведения пациента?

Эталон ответа:

1. Синдромы: центральный тетрапарез, проводниковое расстройство поверхностной и глубокой чувствительности с уровня Т10, мозжечково-сенситивная атаксия, тазовые расстройства.

2. Поражен спинной мозг в грудном отделе (сегменты Т6-Т7): пирамидные, спиноталамические пути в боковых столбах и пути глубокой чувствительности в задних столбах, мозжечковые пути в спинном и головном мозге.

3. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе (156 клеток) указывает на серозный характер воспаления. Наличие крупных очагов на МРТ характерно для острого воспалительного процесса в головном мозге.

4. Острый рассеянный энцефаломиелит.

5. Лечение: "пульс-терапия" (метилпреднизолон – 1000 мг в/в капельно 3-7 дней), плазмаферез, прямые антиоксиданты ( $\alpha$ -липоевая кислота), трентал 5,0 в/в 10. В восстановительном периоде – ЛФК, массаж, физиотерапия.

Прогноз ожидается благоприятный: выздоровление, но возможны остаточные явления. Необходимо наблюдение у невролога с повторной МРТ через 6 месяцев.

#### **Задание 49.**

В отделение поступила женщина 53-х лет – по дороге в магазин поскользнулась на гололеде, упала навзничь, ударилась головой об асфальт. Утратила сознание на несколько секунд, плохо помнит, как вышла из подворотни. Была однократная рвота. Доставлена службой скорой помощи в ближайшую больницу. Жалуется на головную боль, головокружение.

При осмотре: сознание ясное, подкожная гематома в задней теменной области. Очаговой и менингеальной симптоматики не определяется. На краниограммах костной патологии не выявлено.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Осмотр каких специалистов нужен в данном случае?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Предложите тактику лечения?

Эталон ответа:

1. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга.
2. Невролога, хирурга, терапевта, офтальмолога.
3. КТ или МРТ головного мозга. Обследования необходимые для исключения сочетанной травмы.
4. Постельный режим до 7-14 дней. Лечение симптоматическое: анальгетики, транквилизаторы

#### **Задание 50.**

В стационар службой скорой помощи, которую вызвали прохожие, доставлен мужчина 58 лет – был избит и ограблен двумя неизвестными. Терял сознание. Точно сказать, сколько

времени находился без сознания, не может. Не помнит людей на улице, которые оказывали ему первую доврачебную помощь.

При поступлении сознание ясное, пациент растерян. Испытывает затруднения при произношении слов, речь замедленная. Имеются множественные ушибы и ссадины на лице и на волосистой части головы. Определяется шаткость походки.

При неврологическом осмотре выявляется акцент рефлексов справа, сглаженность правой носогубной складки. Менингеальной симптоматики нет. На рентгенограммах черепа костной патологии не выявляется.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга легкой степени.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, при повышении ВЧД – диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

### **Задание 51.**

Пациентка 34-х лет обратилась с жалобами на слабость и повышенную утомляемость мышц, периодическое двоение в глазах, замедление активных движений. Указанные жалобы нарастают при физической нагрузке и к концу дня. Состояние улучшается после сна или отдыха.

Анамнез: считает себя больной в течение 3-х лет, когда на последних месяцах беременности появилась слабость в нижних конечностях. После родов состояния ухудшилось, постепенно присоединились вышеуказанные жалобы.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована. Глазодвижение не нарушено, прямая и содружественная реакция зрачка на свет, конвергенцию и аккомодацию сохранна, периодическая диплопия. Положительный тест опущения верхних век. Слабость мимической мускулатуры. Глоточные рефлексы средней живости. Речь, глотание не нарушены. Язык по средней линии. Отмечаются феномены патологической мышечной утомляемости, генерализации мышечной слабости. Мышечная сила в конечностях снижена до 3,5 баллов. Мышечный тонус в руках слегка снижен. Глубокие рефлексы с конечностей живые D=S, без расширения рефлексогенных зон. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. В позе Ромберга легкая шаткость без сторонности. Менингеальной симптоматики нет. Тазовые функции не нарушены.

5. Наиболее вероятный диагноз?
6. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и обоснуйте их?
7. Составьте план лечения для данного пациента?
8. Через 2 года от первичного обращения к неврологу, на фоне ОРВИ и фебрильной температуры, в течение нескольких часов резко выросла выраженность генерализованной мышечной слабости, гнусавость голоса, поперхивание, затруднения дыхания. При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована. Диплопия, птоз. Слабость мимической мускулатуры. Дисфония, дисфагия. Выраженные дыхательные расстройства. Мышечная сила в конечностях снижена до 1,5 баллов. Мышечные фасцикуляции отсутствуют. АД=100/60 мм.рт.ст, ЧСС = 81 уд.в мин., ЧДД = 36 в минуту. Опишите тактику ведения пациентки и обоснуйте ее.
9. Среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 4242080 человек. В течение года в лечебно-профилактических учреждениях всего зарегистрировано 22 случая с диагнозом «миастения», установленным впервые в жизни.

Рассчитайте показатель первичной заболеваемости и сравните его со среднестатистическим показателем (0,0053 ‰).

*Эталон ответа:*

1. Миастения, генерализованная, умеренно прогрессирующая форма.
2. 1.Прозериновая проба – для подтверждения снижения холинергической передачи в нервно-мышечном синапсе.  
2. Электронеуромиография – для подтверждения нарушения нервно-мышечной передачи.
3. КТ или МРТ переднего средостения - для исключения опухоли вилочковой железы (тимомы).
4. Определение антитела к рецепторам ацетилхолина.
5. Антитела к рецепторам ацетилхолина – для подтверждения аутоиммунного генеза миастении и обоснования нарушения нервно-мышечной передачи.
6. Иммунограмма 2 типа – для оценки состояния иммунной системы, вовлеченности в аутоиммунный процесс.

По данным расчета, первичная заболеваемость миастенией в данном регионе составляет 0,0051‰, что практически равно среднестатистическому показателю.

3. У пациентки имеет место миастенический криз, развившийся на фоне ОРВИ и лихорадки. Рекомендовано:

6. Госпитализация в отделение реанимации или палату интенсивной терапии;
  7. Интубация – для обеспечения проходимости дыхательных путей и предотвращения аспирации;
  8. Перевод на ИВЛ – для борьбы с гипоксемией и гиперкапнией;
  9. Препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу: антихолинэстеразные препараты (прозерин, калимин, ипидакрин), препараты калия (калия хлорид) и калийсберегающие средства (спиронолактон);
  10. Плазмаферез, применение иммуноглобулинов нормальных человеческих, внутривенное введение глюкокортикостероидов – для снижения активности аутоиммунного процесса.
4. Для расчета показателя первичной заболеваемости используется формула: число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболевания/среднегодовая численность населения x 1000.
5. По данным расчета, первичная заболеваемость миастенией в данном регионе составляет 0,0051‰, что практически равно среднестатистическому показателю.

#### **Задание 52.**

Женщина 39 лет, доставлена в больницу скорой помощи. Известно, что наблюдается у невролога по поводу эпилепсии, принимает антиконвульсанты. На фоне самовольной отмены препаратов развился большой судорожный припадок, во время которого ударилась головой о бордюр тротуара. Сообщила, что страдает эпилепсией с 14 лет. Правильно назвала препараты, которые принимает в связи с основным заболеванием.

При осмотре: заторможена, на вопросы отвечает с некоторой задержкой. Имеется ушибленная рана в правой теменной области, проникающая до кости. При первичной хирургической обработке раны визуализируется перелом правой теменной кости, который подтверждается на рентгенограммах черепа.

В неврологическом статусе выявлены менингеальные симптомы, акцент глубоких рефлексов слева, левосторонний симптом Бабинского.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

1. ОЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Перелом правой теменной кости.

2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.

3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

#### **Задание 53.**

В приемное отделение ночью поступил молодой человек 22-х лет. Обстоятельства травмы не известны. Самостоятельно добрался до дома, но не помнит как. Не помнит, сколько времени находился без сознания. Доставлен в стационар скорой помощью.

При осмотре растерян, частично дезориентирован, не интересуется окружающим, повторяет одни и те же вопросы. В приемном покое была многократная рвота. Имеются кровянистые выделения из носа. Определяется парез в правой руке, сухожильные рефлексы повышены справа, правосторонний симптом Бабинского, симптом Кернига, ригидность затылочных мышц.

На КТ обнаружены небольшие очаги разможжения в левых лобной и височной долях. В режиме «костного окна» выявлен перелом основания передней черепной ямки. На третьи сутки отмечено появление «отцветающих» параорбитальных гематом.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

1. ОЧМТ. Перелом костей передней черепной ямки. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.
2. ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

#### **Задание 54.**

Мужчина 39-ти лет упал со стремянки на производстве, ударился головой. Придя домой, рассказал о случившемся жене. Так как впереди намечались выходные дни, за медицинской помощью обращаться не стал, сославшись на то, что «отлежится» дома. Жаловался на головную боль, по поводу чего принял «обезболивающее» и лег спать. Жена допоздна «засиделась» у соседки, а вернувшись домой, обнаружила мужа лежащим без сознания на полу. В 2 ч 15 мин был доставлен в стационар вызванной скорой помощью.

При поступлении – кома I, правосторонний гемипарез, анизокория S>D. Эхо-энцефалоскопия – смещение М-эха слева направо 10 мм. На краниограмме – перелом затылочной кости справа.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения?

*Эталон ответа:*

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением. Острая субдуральная гематома. Перелом затылочной кости справа.
2. ЛП.
3. Хирургическое лечение.

#### **Задание 55.**

Женщина 24-х лет через 3 дня после медицинского аборта стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век.

В неврологическом статусе: неравномерный частичный птоз с 2-х сторон, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие пробы необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Предложите тактику лечения.
5. Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

1. Миастения. Глазная форма (класс I).
2. Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость (фиксированный взгляд вверх), фармакологическую пробу (с прозеринном).
3. ЭНМГ, уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам, МРТ средостения (для выявления тимомы).
4. Антихолинэстеразные препараты (продолжительного действия – калимин), кортикостероиды, цитостатики, тимэктомия.
5. Тяжесть и исход заболевания зависят от степени компенсации миастенических симптомов после введения АХЭП. Прогностически неблагоприятным фактором являются большие дозы АХЭП в дооперационном периоде (10-20 стандартных доз в сутки) и относительная «прозеринорезистентность». Возможно усугубление птоза, глазодвигательных расстройств и генерализация процесса.

#### **Задание 56.**

Родители мальчика 4-х лет обратили внимание на «переваливающуюся» «утиную» походку, затруднение при вставании из положения сидя без помощи рук, некоторую задержку умственного развития.

При осмотре – слабость мышц проксимальных отделов ног и тазового пояса, выражен гиперлордоз, гипотрофия и гипотония мышц бедер, снижение коленных рефлексов, псевдогипертрофия икроножных мышц.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Признаки какого заболевания имеются у больного?
3. Что поражено?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Назначить лечение.

*Эталон ответа:*

1. Синдром слабости и гипотрофии проксимальных групп мышц нижних конечностей и псевдогипертрофии икроножных мышц.
2. Подозрение на миопатию Дюшенна.
3. Поражены мышцы нижних конечностей.
4. Для уточнения диагноза необходимо ЭНМГ-исследование ослабленных мышц, биопсия и гистологическое их исследование, составление родословной, КФК крови, цитогенетическое исследование.
5. Лечение симптоматическое:
  - витамины группы В, А, Е;
  - оротат калия, АТФ, рибоксин;
  - сосудистая терапия (трентал);
  - массаж, ЛФК, физиотерапия.

#### **Задание 57.**

В клинику поступил мужчина 45-ти лет с жалобами на чувство ползания "мурашек" в кистях и стопах, пошатывание при ходьбе, особенно в темноте, значительное ухудшение памяти на текущие события, которые развились подросто. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

Объективно: проба Ромберга с закрытыми глазами – резкая шаткость. Мышечная сила в дистальных отделах рук и ног снижена до 4-х баллов. Гипестезия дистальных в отделах рук и ног – от локтевых и коленных суставов. Снижено мышечно-суставное чувство в пальцах ног. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют.



1. Какие синдромы поражения нервной системы выявляются у больного?
2. Клинический диагноз?
3. Принципы лечения. Тактика ведения пациента.

*Эталон ответа:*

1. Неврологическое обследование выявляет нарушение поверхностной чувствительности по полиневритическому типу, амнестический синдром Корсакова, грубые нарушения глубокой чувствительности и сенситивная атаксия.

2. Указание в анамнезе на хронический алкоголизм позволяет расценить заболевание как алкогольную полинейропатию, которая развивается вследствие поражения внутренних органов, в первую очередь печени и ведет к дефициту тиамина и других витаминов группы "В". Наступающие метаболические сдвиги обуславливают разрушение миелина и дегенерацию аксонов.

3. Лечение:

1. Дезинтоксикационная терапия.
2. Инъекции витаминов группы "В" (В1), препараты метаболического действия, препараты, улучшающие синаптическую передачу.
3. Физиотерапия.
4. ЛФК, массаж.
5. Фиксация свисающих стоп съёмными шинами при грубых парезах.

#### **Задание 58.**

На приеме женщина 27-ми лет – правый глаз плохо закрывается, рот "перекосило" в левую сторону, пища застревает между правой щекой и деснами, жидкая пища выливается из правого угла рта.

Три дня назад в течение 1,5 часов ехала в электричке лицом по ходу поезда у открытого окна, расположенного справа от нее. Утром обнаружила указанные жалобы, но обратилась только на 3-й день.

При осмотре обнаружена асимметрия лица, на правой половине лба кожные складки сглажены, правый глаз шире левого, слезится, реже мигает. Правая носогубная складка сглажена, рот "перетянут" влево. При зажмуривании глаз вертикальные складки правой брови не образуются. Правая бровь кверху не поднимается. Правый глаз не закрывается. При оскаливании зубов рот и нос перетягиваются влево, надуть щеки и посвистеть не может, правая щека парусит.

Исследование электровозбудимости мимических мышц изменений не выявило.

1. Где локализуется патологический очаг?
2. О каком процессе следует думать?
3. Лечение. Тактика ведения пациента.

*Эталон ответа:*

1. Поражение правого лицевого нерва при выходе его из шилососцевидного отверстия пирамиды височной кости.

2. Невропатия правого лицевого нерва, врожденная узость шилососцевидного отверстия.

3. Десенсибилизирующая, дегидратационная терапия (гормонотерапия, преднизолон по схеме, фуросемид или диакарб, антагистаминные препараты – тавегил, супрастин), препараты метаболического действия и улучшающие микроциркуляцию. Курс инъекций витаминов группы "В", лейкопластырные маски, ЛФК, иглорефлексотерапия, массаж через 2 недели.

#### **Задание 59.**

В клинику поступил мужчина 37-ми лет, шофер. В течение 4-х лет периодически беспокоят боли в пояснице. Три дня назад, после поднятия тяжести, возникли стреляющие боли в поясничной области и по задне-наружной поверхности правой ноги. Боли усиливаются при движениях в поясничном отделе позвоночника, кашле, чихании.

Объективно: сколиоз поясничного отдела вправо, движения в поясничном отделе ограничены из-за боли. Правый ахиллов рефлекс отсутствует. Снижена сила в разгибателе большого пальца правой стопы. Гипестезия по наружному краю и тылу стопы во всех пальцах, кроме большого. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела в боковой проекции выявлено сужение межпозвонковой щели L4-L5.

1. Ваше мнение о локализации процесса?
2. Определите клинический диагноз заболевания?
3. Основные методы лечения, тактика ведения пациента?

Эталон ответа:

1. Боль по задней и наружной поверхности правой ноги, отсутствие ахиллова рефлекса, снижение силы в разгибателе большого пальца, гипестезия стопы указывают на вовлечение в процесс корешков L5-S1 справа.

2. Хроническое рецидивирующее течение заболевания, двухфазность развития болевого синдрома (сначала люмбагия, затем корешковая боль), анталгическая поза, бирадикулярный синдром, сужение межпозвонковой щели L4-L5 позволяют расценить процесс как остеохондроз поясничного отдела позвоночника (дегенерация межпозвонкового диска), боковую грыжу диска L4-L5 с синдромом компрессии корешков L5-S1.

3. Следует назначить строгий постельный режим до стихания спонтанной боли (ориентировочно – на 7-10 дней), в/в венотоник L-лизина эсцинат, в/м или внутрь НПВС 1-2 раза в день, паравертебральные новокаиновые блокады или эпидуральные блокады, миорелаксанты внутрь или в/м, препараты метаболического действия, физиотерапию – СМТ или ДДТ 8-10 на поясничную область и правую ногу, фонофорез с гидрокортизоном и анестезином на ту же область 10.

#### **Задание 60.**

На приеме мужчина 38-ми лет – жалобы на слабость в кистях и стопах, невозможность стоять на пятках. Болен около 15 лет, заболевание развивалось очень медленно.

При осмотре – периферический парез кистей и стоп с атрофией и гипотонией мышц, дистальной арефлексией; полиневритический тип нарушения чувствительности. Со слов больного, у его 14-летней дочери очень слабые кисти.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Признаки какого заболевания имеются у больного?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Назначить лечение.

Эталон ответа:

1. Синдромы периферического пареза кистей и стоп с полиневритическим типом расстройства чувствительности.

2. Поражены периферические нервы верхних и нижних конечностей.

3. Подозрение на семейный вариант невральной амиотрофии Шарко-Мари.

4. Необходимо ЭНМГ и гистологическое исследование пораженных мышц, составление родословной.

5. Лечение: антихолинэстеразные препараты – Sol. Proserini 0,05% – 1,0 в/м; витамины B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub>, мильгамма; сосудистая терапия: пентоксифиллин; ЛФК, массаж, физиотерапия.

#### **Задание 61.**

На приеме женщина 39-ти лет – жалобы на быструю утомляемость жевательной мускулатуры и мышц век («во второй половине дня я не могу открыть глаза, они закрываются и все...»). Впервые обратила внимание на наличие признаков заболевания на приеме у стоматолога, когда выяснилось, что не может долго сидеть с открытым ртом из-за слабости жевательных мышц.

Неврологический статус: полуптоз с двух сторон и слабость жевательной мускулатуры. Явных признаков поражения центральной и периферической нервной системы не выявлено. После выполнения нагрузочных проб (присесть и подняться 20 раз) выявилась слабость круговых мышц глаз, мышц, поднимающих верхнее веко, жевательной мускулатуры. Прозериновая проба быстро привела к полному восстановлению утраченных функций.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Признаки какого заболевания имеются у больного?
4. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Назначить лечение и определить прогноз.

*Эталон ответа:*

1. Синдром мышечной слабости и патологической мышечной утомляемости.
2. Поражение мышечных ацетилхолиновых рецепторов.
3. Подозрение на миастению.
4. Для уточнения диагноза необходимо ЭМГ, КТ средостения для исключения опухоли вилочковой железы, определение антител к АХ-рецепторам.
5. Лечение:
  - антихолинэстеразные препараты: калимин 30мг 3 раза в день с постепенным повышением до 60-120 мг через 4-6 часов;
  - при недостаточной эффективности гормональная терапия – преднизолон 1мг/кг;
  - плазмаферез;
  - иммуносупрессоры: азатиоприн, циклофосфан и др.

#### **Задание 62.**

На приеме мужчина 63-х лет с жалобами на нарушение походки, невозможность согнуть стопу, нарушение чувствительности в верхних и нижних конечностях, чувство онемения и пощипывание, поднимающиеся от пальцев к голеням; чувство жжения стоп.

Анамнез: длительно страдает сахарным диабетом 2 типа, получает сахароснижающую терапию.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Неврологический статус: сознание ясное, в пространстве, времени, собственной личности ориентируется, контактен, адекватен. ЧМН: обоняние не изменено, зрачки D=S, фотореакция сохранена, живая, глазные щели D=S, глазодвижение в полном объеме, лицо симметрично, слух не изменен, язык по средней линии.

Активные и пассивные движения в норме. Мышечная сила в дистальных отделах верхних конечностях 5 баллов, в нижних конечностях слева снижена до 4 баллов. Снижение силы тыльного сгибания стопы. Нарушение походки по типу степпаж слева. При пальцевом сдавлении в области головки левой малоберцовой кости возникает ощущение «ползания мурашек» по наружной поверхности голени. Глубокие и периостальные рефлексы с верхних конечностей D=S, живые, без расширения рефлексогенных зон. Глубокие рефлексы с нижних конечностей снижены, D=S. Патологических стопных знаков нет. Нарушение чувствительности по полиневритическому типу в виде «гольфов» и «перчаток», гипостезия, гипалгезия. ПНП, ПКП выполняет удовлетворительно. В пробе Ромберга устойчив. Менингеальных знаков нет. Тазовые функции, со слов пациента, не нарушены.

Обследование: общий холестерин – 4,77 ммоль/л, ТГ – 1,59 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,33 ммоль/л; глюкоза крови – 6,0 ммоль/л. МР-картина дистрофических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника; дорсальных экструзий L5/S1, протрузий L3/4, L4/5 дисков; спондилоартроза на уровне Th 12-S1 сегментов.

4. Предположите наиболее вероятный диагноз?
5. Обоснуйте поставленный Вами диагноз?
6. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?
7. Препараты какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
8. Через 12 дней комбинированной терапии (комбинация лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе) отмечается положительная динамика в виде уменьшения выраженности жжения стоп, чувства покалывания в руках и ногах. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа:

4. Нейропатия малоберцового нерва слева. Диабетическая полинейропатия верхних и нижних конечностей (сенсомоторная форма), стадия динамического ухудшения.
5. Диагноз нейропатии малоберцового нерва слева установлен на основании жалоб больного на невозможность согнуть стопу, данных неврологического осмотра (снижение силы тыльного сгибания стопы. Нарушение походки по типу ступаж слева. При пальцевом сдавлении в области головки левой малоберцовой кости возникает ощущение «ползания мурашек» по наружной поверхности голени). Диагноз диабетической полинейропатии установлен на основании жалоб пациента на нарушение чувствительности в верхних и нижних конечностях, чувство жжения стоп. Анамнеза заболевания (пациент длительно страдает сахарным диабетом 2 типа). Данных неврологического осмотра: нарушение чувствительности по полиневритическому типу в виде «гольфов» и «перчаток», гипостезия, гипалгезия.
6. Пациенту рекомендовано: электронейрография для установления уровня поражения нервного ствола. УЗИ малоберцового нерва для подтверждения клинического диагноза, выявления структуры нервного ствола и расположенных с ним структур.
7. Препараты группы В с нейропротективной целью, препараты тиоктовой кислоты с антиоксидантной целью, НПВС с противовоспалительной целью.
8. Описано уменьшение симптоматики поражения малоберцового нерва. Оставить препараты группы В, тиоктовой кислоты на 2 месяца с нейропротективной и антиоксидантной целью.

### **Задание 63.**

На приеме мужчина 42-х лет – беспокоят слабость и боли в кистях и предплечьях, стопах и голених, онемение в них, возникшие постепенно. Много лет страдает сахарным диабетом.

В неврологическом статусе: атрофия мышц кистей и стоп, снижена сила в них до 3 баллов, снижен мышечный тонус. Отсутствуют рефлекс карпорадиальные на руках и ахилловы на ногах. Гипестезия в дистальных отделах конечностей. Положителен симптом Ласега с обеих сторон под углом 60°. Кожа кистей и стоп сухая, истонченная, ногти ломкие, тусклые.

1. Выделите клинические синдромы?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Поставьте клинический диагноз?
4. Назначьте дополнительные методы обследования?
5. Назначьте лечение и определите методы реабилитации?

Эталон ответа:

1. Периферический парез кистей и стоп, полиневритический тип расстройств чувствительности и вегетативно-трофические расстройства в них.
2. Поражены периферические нервы на верхних и нижних конечностях.
3. Диабетическая полиневропатия.
4. ЭНМГ верхних и нижних конечностей.

5. Лечение: нормализация уровня сахара крови; витамины группы В; пентоксифиллин; тиоктацид или берлитион 300-600 мг в сутки в/в 10; антидепрессанты – amitриптилин; противосудорожные (при болях) – карбамазепин 200 мг 2 раза в день.

#### **Задание 64.**

На приеме мужчина 49-ти лет с жалобами на стреляющие боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, распространяющиеся по задне-наружной поверхности правой ноги до мизинца, усиливающиеся при физической нагрузке, кашле, нахождении в вынужденном положении. Из анамнеза заболевания: боли в пояснице периодически беспокоят в течение 4-х лет. Три дня назад, после поднятия тяжести, появились вышеуказанные жалобы.

При осмотре: ограничение подвижности в поясничном отделе из-за болевого синдрома. Выраженный дефанс длинных мышц спины. Синдром Ласега 30° - справа, 60° – слева. Ахиллов рефлекс снижен справа. Сила в разгибателе большого пальца правой стопы снижена. Гипестезия по задне-наружной поверхности правого бедра, голени, латеральному краю и мизинцу правой стопы.

4. Наиболее вероятный диагноз?
5. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и определите их предположительные результаты?
6. Укажите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии, определите их цель и предполагаемые результаты?
7. Составьте план лечения пациента, согласно стандарту оказания медицинской помощи при данном заболевании?
8. Дайте рекомендации по устранению факторов риска и формированию здорового образа жизни для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Радикулопатия S1, справа, на фоне боковой грыжи диска LV-SI с выраженным мышечно-тоническим, болевым синдромами, стадия обострения.
2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени. Вероятно обнаружение боковой грыжи диска LV-SI, компрессирующей SI-корешок справа.
3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства. При отсутствии абсолютных показаний (нарушение тазовых функций), ожидаются рекомендации по продолжению консервативного лечения. Если последнее неэффективно в течение 3 месяцев, выявляются парезы или параличи, атрофия мышц, решается вопрос об оперативном лечении.
2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.
3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.
4. 1. Витамины группы В, с нейротрофической целью;  
2. НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокобаламин + анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома;  
3. Миорелаксанты, с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома;  
4. Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.
5. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.  
2. Занятия лечебной физкультурой.  
3. Ношение поясничного корсета.  
4. Применение физиотерапевтических методов лечения.  
5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

#### **Задание 65.**

На приеме женщина 43-х лет – при поднятии тяжести внезапно почувствовала простреливающую боль в поясничной области с последующей иррадиацией по передней

и латеральной поверхности левой ноги до пальцев стопы, усиливающуюся при физической нагрузке, кашле, нахождении в вынужденном положении. Из анамнеза: боли в пояснице периодически беспокоят в течение 1,5 лет.

При осмотре: ограничение подвижности в поясничном отделе из-за болевого синдрома. Сколиоз поясничного отдела позвоночника. Выраженный дефанс длинных мышц спины. Синдром Ласега 20° - слева, 65° – справа. Глубокие рефлексы с верхних конечностей живые, D=S, коленные рефлексы живые, D=S, ахилловы – S<D. Гипестезия по передне-латеральной поверхности правого бедра, голени, левой стопы (по корешковому типу в зоне L5-S1).

4. Наиболее вероятный диагноз?

5. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и определите их предположительные результаты?

6. Укажите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии, определите их цель и предполагаемые результаты?

7. Составьте план лечения пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при данном заболевании?

8. Дайте рекомендации по устранению факторов риска и формированию здорового образа жизни для данного пациента?

*Эталон ответа:*

1. Радикулопатия L5-S1 слева на фоне парамедианной грыжи диска LV-SI с выраженным мышечно-тоническим, болевым синдромами, стадия обострения.

2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени, на котором вероятно обнаружение парамедианной грыжи диска LV-SI, компрессирующей L5 и S1-корешки слева.

3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства. При отсутствии абсолютных показаний (нарушение тазовых функций), ожидаются рекомендации по продолжению консервативного лечения. Если последнее неэффективно в течение 3 месяцев, выявляются парезы или параличи, атрофия мышц, решается вопрос об оперативном лечении.

2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.

3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.

4. 1. Витамины группы В, с нейротрофической целью.

2 НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианкоболам анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома.

3. Миорелаксанты с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома.

4. Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.

5. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.

2. Занятия лечебной физкультурой.

3. Ношение поясничного корсета.

4. Применение физиотерапевтических методов лечения.

5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

#### **Задание 66.**

На приеме мужчина 65-ти лет – жалобы на слабость, похудание и неловкость в руках, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Указанные симптомы появились около года назад с дистальных отделов рук и постепенно распространились на проксимальные отделы.

При осмотре: мышцы верхних конечностей атрофичны, больше слева, обнаруживаются фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы оживлены с обеих сторон, присутствуют патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус

низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3 баллов в левой руке, 3,5 баллов в правой руке, больше в дистальных отделах, до 4 баллов в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. План обследования?
4. Тактика ведения пациента?
5. Возможные исходы заболевания?

*Эталон ответа:*

1. Поражение передних рогов спинного мозга на шейном уровне.
2. Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.
3. ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).
4. Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца. Симптоматическое лечение.
5. 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.

#### **Задание 67.**

Мужчина 43-х лет обратился с жалобами на периодически возникающие стреляющие боли по типу «удара током» в области подбородка, нижней челюсти, нижней губы слева, отдающие в левый глаз, зубы. Боли провоцируются приемом пищи, чисткой зубов, разговором, дуновением ветра. Продолжительность приступа 1-2 сек, частота – более 50 раз в сутки.

Неврологический статус: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Глазодвижение в полном объеме. Зрачки S=D, фотореакция живая. При исследовании поверхностной и глубокой чувствительности на лице нарушений не выявлено. При раздражении триггерной зоны в области нижней губы слева возникает приступ стреляющей боли. Асимметрии лицевой мускулатуры не выявлено. Язык по средней линии. Глубокие рефлексы живые D=S, без расширения рефлексогенных зон. ПНП, ПКП выполняет без интенции. Менингеальных, патологических стопных знаков не выявлено. Тазовые функции не нарушены.

5. Предположите наиболее вероятный диагноз?
6. Обоснуйте поставленный Вами диагноз?
7. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?
8. Составьте план лечения для данного пациента?
9. Через 5 лет регулярной противосудорожной терапии (финлепсин 2500 мг в сутки) пациент предъявляет жалобы на увеличение частоты и интенсивности приступов стреляющей боли. По данным МРТ с контрастированием обнаружен конфликт между корешком тройничного нерва, ВМА и каменной веной. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

*Эталон ответа:*

1. Невралгия левого тройничного нерва, с локализацией боли в зоне иннервации 3 ветви, выраженный болевой синдром.
2. Диагноз установлен на основании:
  - 5) Жалоб больного на наличие повторяющихся кратковременных (секунды) пароксизмов интенсивной боли стреляющего характера в зоне иннервации одной ветви тройничного нерва, провоцирующиеся жеванием, разговором, чисткой зубов, дуновением ветра.

- 6) Наличие триггерной зоны в области нижней челюсти слева.
  - 7) Отсутствие нарушения поверхностной чувствительности на лице, что исключает диагноз невралгии тройничного нерва.
  - 8) Отсутствие другой очаговой симптоматики.
3. Пациенту рекомендовано выполнение: Магнитно-резонансной томографии головного мозга с контрастированием для выявления нейроваскулярного конфликта, консультация нейрохирурга – для определения показаний к оперативному лечению.
4. 1. Противосудорожные препараты (карбамазепин, габапентин, прегабалин) – с целью купирования болевого синдрома.
2. Витамины группы В – с нейротрофической целью.
3. Выполнение лечебных блокад в точку выхода 3 ветви левого тройничного нерва – с противовоспалительной целью.
5. На основании нейроваскулярного конфликта по данным методов визуализации можно говорить о наличии классической невралгии тройничного нерва, что является показанием для проведения оперативного лечения в виде микроваскулярной декомпрессии корешка левого тройничного нерва.

### Задание 68.

В отделение поступил мужчина 37-ми лет с жалобами на интенсивную распирающую головную боль, лихорадку с подъемом температуры тела до 39,2°C, однократную рвоту. За 2 дня до этого отмечал боль в горле и кашель.

При осмотре – общая слабость, бледность кожных покровов, ригидность мышц затылка. На 3-й день после госпитализации развился эпилептический припадок.

В ликворе: белок – 900 мг/л, глюкоза – 120 мг/л, лейкоциты с преобладанием нейтрофилов – 150 в 1 мкл., эритроциты – 3 в 1 мкл, давление 200 мм вод. ст., цвет ликвора мутный.

В дальнейшем у больного развился синдром гиперсекреции антидиуретического гормона, проявляющийся гипонатриемией, гипоосмолярностью крови, повышением относительной плотности мочи, повышенным выделением натрия с мочой.

1. Вероятный диагноз?
2. Какую этиологию патологического процесса можно предположить у этого пациента?
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Менингоэнцефалит пневмококковой этиологии.
  2. Предполагаемая этиология менингита – пневмококковая. При бактериологическом исследовании ликвора обычно должен быть выявлен возбудитель – пневмококк. Развитие эпилептического припадка и выявление гиперсекреции антидиуретического гормона указывают на вовлечение в патологический процесс коры полушарий головного мозга и гипоталамуса – менингоэнцефалит.  
Особенности пневмококков создают условия для образования первичного воспалительного очага с развитием бронхита, пневмонии, отита или гайморита. Из первичного очага инфекции возбудитель распространяется гематогенным путем в другие органы с развитием поражения эндокарда, суставов, мозговых оболочек.
  3. Этиотропная терапия включает назначение бензилпенициллина от 18 до 48 млн. ЕД в сутки внутривенно. Эффективны также препараты цефалоспоринового ряда, проникающие через гематоэнцефалический барьер – цефотаксим (по 1-2 г каждые 4-12 ч – до 12 г/сут.) и цефтриаксон (до 100 мг/кг/сут. (до 4 г/сут.) 1 раз в сутки) внутривенно.
- В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства не менее 3-х лет (особенно – детей): первый осмотр – через 1 месяц, далее 1 раз в 3 месяца в течение первого года, в дальнейшем – 1 раз в 6 месяцев. При наличии последствий менингита в виде астенического синдрома или синдрома вегетативной дисфункции



реабилитационные мероприятия могут включать препараты нейрометаболического действия, массаж, ЛФК, лечебные ванны и души.

#### **Задание 69.**

В отделение поступила женщина 47-ми лет с подозрением на менингоэнцефалит – в сознании, в месте и времени ориентирована, эмоционально лабильна. Жалобы на головную боль, повышение температуры тела до 37,8°C, тошноту с периодической рвотой, общую слабость, снижение аппетита.

В неврологическом статусе: недостаточность конвергенции, снижение глоточного рефлекса, глубокие рефлексы с конечностей повышены, больше справа, брюшные рефлексы не вызываются. Выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Исследование крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, вирусы простого герпеса, цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр – отрицательно.

Анализ ликвора в день поступления: цитоз 74 в 1 мкл, белок 1,98 г/л. В крови лейкоцитоз 12800 со сдвигом влево. Микроскопия ликвора и посев на бактериальные и грибковые возбудители, микобактерии туберкулеза – отрицательно.

МРТ в T1-ВИ и T2-ВИ с контрастом – интенсивное накопление контраста в проекции субарахноидального пространства мозжечка и супраселлярного пространства.

Повторное исследование ликвора через 10 дней – уменьшение цитоза при сохранении содержания сахара и повышении уровня белка.

В дальнейшем усилилась общемозговая симптоматика, появились признаки поражения черепных нервов, развился правосторонний гемипарез. Состояние прогрессивно ухудшалось и при явлениях отека мозга больная скончалась.

При патологоанатомическом вскрытии обнаружена опухоль в области малой кривизны желудка, которая при гистологическом исследовании оказалась низкодифференцированной аденокарциномой.

1. Вероятный диагноз? Дайте обоснование диагноза
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Определите тактику ведения пациента.

*Эталон ответа:*

1. Карциноматоз мозговых оболочек (карциноматозный менингит) может быть начальным проявлением системного ракового процесса в 48% случаев. При этом наиболее частыми формами первичного ракового процесса являются поражение молочной железы, легкого и меланомы.

Для карциноматозного менингита характерно одновременное начало клинических проявлений поражения разных уровней ЦНС с неуклонным прогрессированием: менингеальный синдром, психические нарушения, поражение черепных нервов (чаще – глазодвигательная группа и тройничный), симптомы поражения спинного мозга, эпилептические припадки.

2. Круг дифференцируемых заболеваний – туберкулезный менингоэнцефалит, ВИЧ-энцефалопатия, герпетические энцефалиты, нейросифилис, грибковый энцефалит.
3. В диагностике важное значение имеет выявляемое на МРТ головного и спинного мозга диффузное распространение контрастного вещества по мозговым оболочкам и обнаружение опухолевых клеток в ликворе.

При лечении применяется локальная (в субарахноидальном пространстве) химиотерапия и облучение, по окончании локального лечения или параллельно с ним назначается системная химиотерапия.

#### **Задание 70.**

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 45-ти лет в коме. При сборе анамнеза у родственников выяснилось, что неделю назад у него повысилась температура тела до 38,8°C, появились заложенность носа, головная боль. Получал аспирин

и ампициллин с профилактической целью. Через 4 дня стал агрессивным, нарушилась ориентировка в месте и времени, был госпитализирован в психиатрический стационар.

В стационаре развился генерализованный эпилептический припадок и появилась неврологическая симптоматика в виде правостороннего спастического гемипареза с преобладанием в руке, афазии с нарушением развернутой спонтанной речи, и резко выраженных косоглазия и дисфагии. В течение последующего дня развилось угнетение сознания до комы (8 баллов по шкале Глазго), переводится в соматический стационар

В анализе ликвора: лимфоцитарный плеоцитоз, повышенный уровень белка и нормальное содержание сахара.

1. Определите синдромологический диагноз
2. Определите топический диагноз
3. Определите предположительный диагноз
4. Обоснуйте диагноз и лечение
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – общеинфекционный, нарушения поведения, спастический гемипарез, динамическая афазия, синдром глазодвигательных расстройств, (псевдо)бульбарный синдром, синдром изменения, а затем – угнетения сознания.
2. Топический диагноз – асимметричное поражение орбитальной поверхности лобной доли, медио-базальных отделов лобной, теменной, височной долей (больше справа) с вовлечением стволовых структур (вероятно, за счет отека).
3. Предположительный диагноз – Герпетический энцефалит, вызванный вирусом простого герпеса 1-го типа. Диагностика основывается на симптоматике поражения орбитальной поверхности лобной доли, медио-базальных отделов лобной, теменной, височной долей, что указывает на характерную локализацию патологического процесса при герпетическом энцефалите.
4. Подтверждение диагноза являются данные биопсии с ПЦР биоптата, ПЦР ликвора на вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов и определение антител к вирусам простого герпеса 1-го и 2-го типов в ликворе (ИФА, ретроспективная диагностика).
5. Круг дифференцируемых заболеваний – другие герпес-вирусные энцефалиты, негерпетические энцефалиты, острое нарушение мозгового кровообращения, токсическая энцефалопатия, объемное образование головного мозга.
6. Диагностика основывается на симптоматике поражения орбитальной поверхности лобной доли, медио-базальных отделов лобной, теменной, височной долей, что указывает на характерную локализацию патологического процесса при герпетическом энцефалите. Подтверждение диагноза являются данные биопсии с ПЦР биоптата, ПЦР ликвора на вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов и определение антител к вирусам простого герпеса 1-го и 2-го типов в ликворе (ИФА, ретроспективная диагностика).

Лечение – как можно раннее назначение ацикловира в суточной дозе 10-45 мг/кг 3 раза в сутки внутривенно капельно в течение 14-21 дней. Необходима противоотечная терапия – маннитол внутривенно болюсно по 0,25-1,0 г/кг каждые 4-6 часов, дексаметазон по 10 мг каждые 6 ч внутривенно. Противосудорожные средства – вальпроат натрия по 20-40 мг/кг внутривенно.

В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства. В случае стойких остаточных проявлений подлежит направлению на ВТЭК для установления группы инвалидности. При этом реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами нейрометаболической направленности и немедикаментозные средства – массаж,

ЛФК (медицинская реабилитация), медико-профессиональную реабилитацию с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовую реабилитацию (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальную реабилитацию, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 71.**

В отделение поступила женщина 29-ти лет с жалобами на подъемы температуры до 37,4°C и увеличение лимфоузлов на шее и в области затылка.

Ранее при обследовании в общем анализе крови – увеличение числа лимфоцитов. С подозрением на инфекционный мононуклеоз пациентка была направлена в инфекционную больницу, где был получен отрицательный результат теста на вирус Эпштейна-Барр. После развившегося судорожного припадка и с жалобами на головную боль пациентка была переведена в неврологическую клинику.

В цереброспинальной жидкости выявлено повышение количества лимфоцитов (400 клеток в 1 мл) и содержания белка, незначительное снижение уровня глюкозы. На КТ головного мозга зарегистрированы очаги низкой плотности.

При целенаправленном сборе анамнеза выяснилось, что за полгода до начала заболевания пациентка похудела и значительно потеряла в весе – 15 кг.

Гематологические исследования, в том числе микроскопирование пунктата лимфоузла, исключили заболевание крови. Заключение гематологов: реактивный лимфаденит.

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Обоснуйте лечение.

*Эталон ответа:*

1. Предположительный диагноз – Острый ВИЧ-ассоциированный менингоэнцефалит. Представляет собой наиболее тяжелую острую редко возникающую форму первичного поражения ЦНС при ВИЧ-инфекции и связан с прямым поражением клеток головного мозга вирусом иммунодефицита человека. Развитие ВИЧ-менингоэнцефалита может совпадать по времени или предшествовать изменению результатов серологических исследований. Установление диагноза возможно при целостной оценке вирусологического и иммунного статуса пациентки, уточнение факта употребления наркотических средств.
2. Круг дифференцируемых заболеваний – герпетический (ВПГ) энцефалит, туберкулезный менингоэнцефалит, нейросифилис, грибковый энцефалит.
3. В случае установления диагноза ВИЧ-менингоэнцефалита лечение должно включать высокоактивную антиретровирусную терапию и иммунотерапию с применением  $\alpha$ - и  $\beta$ -интерферонов, интерлейкинов, иммуноглобулинов. Симптоматическая терапия должна быть направлена на снижение внутричерепного давления и на купирование судорожного синдрома.

### **Задание 72.**

В отделение поступил мужчина 75-ти лет – 3 дня назад утром, после сна, почувствовал слабость левой руки и ноги, и невращательное головокружение. Слабость прогрессировала и в течение 3-х дней развился паралич левых конечностей. Стал плохо видеть правым глазом.

При осмотре: АД – 110/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой внутренней сонной артерии. Острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,06, Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты.

Опущен левый угол рта, девиация языка влево. Отсутствуют активные движения левых конечностей. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени слева. Глубокие рефлексy с конечностей S>D. Рефлекс Бабинского слева. Гемианестезия слева.

Анализ крови; СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс – 113%, ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, преимущественно в лобной области справа.

1. Определите синдромологический диагноз;
2. Определите топический диагноз;
3. Определите предположительный диагноз;
4. Дополнительные методы исследования;
5. Тактика ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – спастический гемипарез слева, поражение лицевого и подъязычного нервов по центральному типу, амблиопия справа.
2. Топический диагноз – поражение центрального мотонейрона в области колена и передних 2/3 заднего бедра внутренней капсулы, лучистого венца до корковых полей правого полушария, поражение правого зрительного нерва (зона кровоснабжения ВСА и ее ветвей – ПМА, СМА и глазной артерии).
3. Клинический диагноз – Инфаркт мозга (тромбоз правой внутренней сонной артерии), левосторонний спастический гемипарез, амблиопия справа.
4. КТ головного мозга, МРТ головного мозга.

5. Ведение пациента в блоке нейрореанимации осуществляется в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. В случае отсутствия противопоказаний в период терапевтического окна возможно проведение системного тромболизиса. В дальнейшем лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация). Уже на этом этапе должна проводиться вторичная профилактика инсульта.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 1 раз в 3-4 месяца в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях у пациентов трудоспособного возраста может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

### **Задание 73.**

В отделение поступил мужчина 43-х лет – на фоне полного здоровья, без каких-либо предшествующих причин, появилась диффузная головная боль, постепенно усиливающаяся в течение недели. На высоте головной боли отмечал тошноту, в последние 2 дня была рвота. Температура тела повышалась до 37,3-37,4°C.

Раньше подобных головных болей не было. В анамнезе – частые ангины, ОРВИ, туберкулезный бронхоаденит, в детстве дважды перенес пневмонию.

При осмотре – светобоязнь, болезненность движений глазных яблок, двусторонний симптом Кернига. Температура 37,4°C. В соматическом статусе при обследовании легких, сердца и органов брюшной полости патологии не выявлено.

1. Каков механизм перечисленных симптомов?
2. Назовите предположительный диагноз
3. Составьте план обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента?

*Эталон ответа:*

1. Указанные симптомы обусловлены инфекционным синдромом и раздражением мозговых оболочек патологическим процессом.
2. Предположительный диагноз – Туберкулезный менингоэнцефалит.
3. План обследования включает обследование на ВИЧ-инфекцию и сифилис, анализ ликвора (патогномичным является обнаружение микобактерий, однако в 80-90% случаев микобактерии не обнаруживаются), КТ/МРТ головного мозга, микроскопическое исследование мокроты на микобактерии, бакпосев на микобактерии туберкулеза с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, КТ органов грудной клетки (3 среза с шагом 0,5 см через корни легких и легких). Туберкулиновые пробы могут быть как резко положительными, так и отрицательными.
4. Особенности ведения пациента заключаются в длительной адекватной противотуберкулезной терапии (аминогликозиды (канамицин, амикацин), изониазид, рифампицин, пиразинамид и протионамид, фторхинолоны) до полной санации ликвора и лечения отека головного мозга.

Реабилитационные мероприятия могут включать назначение препаратов с нейрометаболическим действием, ЛФК, массаж воротниковой зоны. Наблюдение невролога по месту жительства – в течение 2-х лет.

#### **Задание 74.**

На приеме мужчина 29-ми лет – летом прошлого года работал в тайге и перенес заболевание, протекавшее с высокой температурой, сильной головной болью, рвотой, болями в мышцах шеи и плечевого пояса; периодически "терял сознание". Такое состояние сохранялось в течение 2-х недель, потом стал постепенно выздоравливать, но вскоре заметил подергивания мышц в области левого плеча, которые иногда сопровождалось приведением и ротацией плеча кнутри. Подергивания были неритмичными, различной интенсивности, постоянными (исчезали только во время сна).

Через 2 месяца развился эпилептический припадок: усилившиеся судороги в мышцах плеча распространились на предплечье, кисть, левую половину лица, затем – на всю половину туловища. Через 3-4 минуты судороги прекратились и только в левом плече оставались подергивания. Подобные приступы стали повторяться каждые 2-3 месяца, во время некоторых из них судороги распространялись и на правую половину тела с последующей кратковременной утратой сознания.

1. Как можно расценить указанные подергивания мышц в области левого плеча?
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Тактика лечения, диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

*Эталон ответа:*

1. Указанные постоянные подергивания мышц в области левого плеча можно расценить как миоклонический гиперкинез (кожевниковская эпилепсия) с периодической вторичной генерализацией и развитием больших эпилептических припадков с клонико-тоническими судорогами и потерей сознания. Это является характерным проявлением прогрессирующе-текущих форм клещевого энцефалита и

обусловлены развитие дегенеративных изменений в III-IV слоях двигательной зоны коры полушарий головного мозга (прецентральная извилина).

В случае начала клинических проявлений прогрессивно-текущих форм без острого периода состояние расценивается как первично-прогрессирующая форма, при развитии после острого периода – как вторично-прогрессирующая. Вторично-прогрессирующие формы могут быть ранними (с началом прогрессирования непосредственно после острого периода) и поздними (с началом через 2-6 месяцев и более).

2. Предположительный диагноз – Клещевой энцефалит, поздняя вторично-прогрессирующая форма, парциальная эпилепсия с вторичной генерализацией и развитием клонико-тонических больших эпилептических припадков.
3. Препаратами 1-й линии для профилактики миоклоний являются вальпроевая кислота (10-15 мг/кг/сут. – по 500-1000 мг 2 р/д), леветирацетам (по 500-1000 мг 2 р/д), топирамат (по 25-50 мг 2 р/д). При безуспешности консервативной терапии может быть рекомендовано оперативное лечение – таламотомия, функциональная ("выключение" пораженного полушария путем пересечения всех его связей) или анатомическая гемисферэктомия (удаление полушария или его части).  
Реабилитационные мероприятия могут включать медико-профессиональную реабилитацию с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовую реабилитацию (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальную реабилитацию, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

#### **Задание 75.**

В отделение поступила женщина 43-х лет: сутки назад отметила остро возникшую головную боль – "как ударило в голову".

При осмотре: сонлива, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского.

Спинально-мозговая жидкость: цвет-красный мутный белок 1,65%, давление – 400 мм рт. ст. Реакция Панди +, цитоз – 3 кл/мл (лимфоциты), эритроциты на все поле зрения.

1. Определите синдромологический диагноз
2. Определите топический диагноз
3. Определите предположительный диагноз
4. Дополнительные методы исследования.
5. Тактика ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия?

*Эталон ответа:*

1. Синдромы – менингеальный, угнетение сознания.
2. Топический диагноз – раздражение оболочек головного мозга.
3. Клинический диагноз – Субарахноидальное кровоизлияние.
4. Учитывая молодой возраст пациентки, отсутствие указаний на артериальную гипертензию, прием антикоагулянтов или наркотиков, инфекционные или токсические причины развившегося состояния, необходим диагностический поиск возможных причин САК.

С целью подтверждения наличия крови и оценки ее распространенности в субарахноидальном пространстве проводится КТ головного мозга, а с целью определения источника кровотечения (аневризмы, артериовенозные мальформации, кавернозные и венозные ангиомы, диссекция артерии, амилоидная ангиопатия) – КТ-ангиография (при отсутствии возможности – МРТ и МРА головного мозга). Золотым стандартом диагностики причин САК и диагностики сосудистого спазма является церебральная ангиография.

Необходимы гематологическое и ревматологическое обследование для исключения заболеваний крови, сосудов и соединительной ткани как возможных причин САК.

5. Ведение пациента в блоке нейрореанимации осуществляется в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. Строгий постельный режим – не менее 3-х недель. В первые 72 часа необходимо решить вопрос о нейрохирургическом вмешательстве.

Медикаментозное лечение включает применение анальгетиков или НПВС для купирования головной боли, с целью профилактики ангиоспазма – нимодипин, при тяжелых формах коагулопатии (врожденные и приобретенные дефициты факторов свертываемости, гипокоагуляции) – замещающие факторы свертываемости, при развитии эпилептических приступов – противосудорожная терапия.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 1 раз в 3-4 месяца в течение 1-го года, в дальнейшем – 1-2 раза в год (не менее 2-х лет).

В дальнейшем при наличии остаточных явлений реабилитационные мероприятия могут включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

## КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка "удовлетворительно" (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
<p>Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке</p>	<p>Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности и в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>

### *Критерии оценивания тестового контроля:*

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.



**Критерии оценивания собеседования:**

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

**Критерии оценивания ситуационных задач:**

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует