

Неврология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/nevrolog/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет выписан из сосудистого отделения и направлен в поликлинику по месту жительства к врачу-неврологу.

Жалобы

на слабость в левых конечностях и асимметрию лица.

Анамнез заболевания

Мужчина был доставлен в сосудистое отделение городской больницу в связи с возникшей слабостью в левых конечностях. Диагноз «ишемический инсульт» установлен на основании клинического обследования с использованием МРТ головного мозга, на которой в лобной доле правого полушария головного мозга найдена область ишемического поражения до 30 мм в диаметре. При дуплексном сканировании обнаружены закупорка правой внутренней сонной артерии, умеренный (до половины диаметра) стеноз левой внутренней сонной артерии. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 8,0 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,5 ммоль/л. На фоне лечения отмечено улучшение двигательных функций. Пациент смог самостоятельно ходить и себя обслуживать.

Анамнез жизни

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

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление — 180/100 мм рт.ст., пульс — 80 в минуту, ритм правильный. При пальпации справа пульсация ослаблена на общей сонной артерии, но усилена на височной артерии. В неврологическом статусе обнаружены сглаженность левой носогубной складки, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, перекося лица вправо при улыбке, отклонение языка влево при высовывании, снижение силы в левой руке до 3 баллов, в ноге до 4 баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, повышение тонуса в сгибателях левой руки и разгибателях левой ноги, симптом Бабинского слева. Пациент самостоятельно передвигается, полностью себя обслуживает.

Двигательные нарушения следует расценить как

- смешанный гемипарез
- центральный парез руки и периферический парез ноги

- периферический гемипарез
- центральный гемипарез

Парез мимических мышц следует расценить как

- левосторонний центральный
- левосторонний периферический
- правосторонний периферический
- правосторонний центральный

Изменение мышечного тонуса следует расценить как

- мышечную дистонию
- ригидность
- спастичность
- феномен «зубчатого колеса»

Патогенетическим типом ишемического инсульта является

- атеротромботический
- неуточненный
- лакунарный (поражение мелких артерий)
- кардиоэмболический

Эпизоды снижения зрения на правый глаз были вызваны транзиторной ишемической атакой в бассейне + _____ + артерии

- левой задней мозговой
- левой передней мозговой
- правой глазной
- левой средней мозговой

Патогенетическим механизмом транзиторной ишемической атаки является

- артерио-артериальная эмболия
- гемодинамическое нарушение мозгового кровообращения
- спазм церебральной артерии
- парадоксальная кардиальная эмболия

В качестве антитромботической терапии рекомендуется назначить

- ривароксабан
- дабигатран
- апиксабан
- аспирин

В качестве гиполипидемической терапии пациенту рекомендуется назначить

- препарат группы статинов
- клофибрат
- этилметилгидроксиперидина сукцинат
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты

Для профилактики повторного ишемического инсульта проводить хирургическое лечение на сонных артериях

- не рекомендуется
- рекомендуется в виде левосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде удаления тромба из правой внутренней сонной артерии
- рекомендуется в виде наложения анастомоза справа между внутренней сонной артерии и ветвями средней мозговой артерии

Из нелекарственных методов вторичной профилактики ишемического инсульта наиболее эффективным является

- снижение избыточного веса
- прекращение курения
- увеличение физической активности
- снижение потребления продуктов, богатых холестерином

Для оценки эффективности антитромботической терапии проводить регулярный контроль показателей крови

- рекомендуется путем исследования агрегации тромбоцитов
- не рекомендуется
- рекомендуется путем исследования агрегации эритроцитов
- рекомендуется путем исследования коагулограммы

Для профилактики деменции пациенту рекомендуется

- рекомендуется путем исследования агрегации тромбоцитов
- не рекомендуется
- рекомендуется путем исследования агрегации эритроцитов
- рекомендуется путем исследования коагулограммы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 лет выписана из сосудистого отделения и направлена в поликлинику по месту жительства к врачу-неврологу.

Жалобы

на неустойчивость, затруднение при глотании, осиплость голоса, онемение в правой половине лица и левых конечностях.

Анамнез заболевания

Женщина была доставлена в сосудистое отделение городской больницы в связи с тем, что у неё внезапно возникли неустойчивость, утрата глотания, осиплость голоса, онемение в правой половине лица и левых конечностях. При КТ головного мозга у пациентки не выявлено данных за кровоизлияние, поэтому на основании клинического обследования поставлен диагноз «ишемический инсульт». По данным ЭКГ установлена постоянная форма фибрилляции предсердий. При дуплексном сканировании обнаружен стеноз левой внутренней сонной артерии до 30% диаметра, стеноз правой внутренней сонной артерии до 40% диаметра. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 7,2 ммоль/л. На фоне лечения восстановилось глотание, улучшилась координация. Пациентка смогла самостоятельно ходить и себя обслуживать.

Анамнез жизни

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

Объективный статус

Пациентка в ясном сознании. Артериальное давление — 150/90 мм рт.ст., пульс — 70-90 в минуту, неправильный. В неврологическом статусе выявлены птоз, миоз и энофтальм справа, осиплость голоса, затруднение глотания, свисание дужки мягкого нёба и ослабление глоточного рефлекса справа, нормальная сила в конечностях, ослабление болевой и температурой чувствительности на лице справа и на туловище и конечностях слева, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб в правых конечностях. Пациентка передвигается, пользуясь палочкой, она полностью себя обслуживает.

Чувствительные нарушения следует расценить как

- сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности
- спинальный проводниковый тип расстройств чувствительности
- альтернирующую гемигипестезию
- церебральную гемигипестезию

Нарушения координации следует расценить как атаксию

- вестибулярную
- лобную (апраксия ходьбы)
- сенситивную
- мозжечковую

Глазные симптомы следует расценить как

- поражение глазодвигательного нерва
- поражение медиального продольного пучка
- синдром Горнера
- поражение отводящего нерва

Патогенетическим типом ишемического инсульта является

- неуточненный
- кардиоэмболический
- атеротромботический
- лакунарный (поражение мелких артерий)

Неврологические нарушения соответствуют синдрому

- Вебера
- Валленберга
- Фовиля
- Бенедикта

Неврологический синдром вызван поражением продолговатого мозга в области

- основания и варолиева моста
- дорсомедиальных отделов
- основания и спинного мозга
- дорсолатеральных отделов

В качестве антитромботической терапии рекомендуется назначить

- варфарин
- клопидогрел
- комбинацию ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела
- ацетилсалициловую кислоту

В качестве гиполипидемической терапии рекомендуется назначить

- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
- клофибрат
- препарат группы статинов
- этилметилгидроксиперидина сукцинат

Для профилактики повторного ишемического инсульта проводить хирургическое лечение на сонных артериях

- рекомендуется в виде сначала левосторонней, а затем (через неделю) правосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде последовательной (в период одной операции) левосторонней и правосторонней каротидной эндартерэктомии

- рекомендуется в виде сначала правосторонней, а затем (через неделю) левосторонней каротидной эндартерэктомии
- не рекомендуется

При развитии кровотечения на фоне приема варфарина показано введение

- свежезамороженной плазмы
- аминокaproновой кислоты
- тромбоцитарной массы
- протамина сульфата

Для оценки эффективности терапии варфарином рекомендуется исследование

- агрегации тромбоцитов и эритроцитов
- активированного частичного тромбопластинового времени
- протромбинового времени и индекса
- международного нормализованного отношения

Для профилактики деменции пациентке принимать лекарственные средства

- агрегации тромбоцитов и эритроцитов
- активированного частичного тромбопластинового времени
- протромбинового времени и индекса
- международного нормализованного отношения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 74 лет выписан из сосудистого отделения и направлен в поликлинику по месту жительства к врачу-неврологу.

Жалобы

на слабость в левых конечностях, онемение в левой половине лица и левых конечностях.

Анамнез заболевания

Мужчина был доставлен в сосудистое отделение городской больницы в связи с тем, что у него внезапно возникли слабость и онемение в левых конечностях. При КТ головного мозга не выявлено данных за кровоизлияние, поэтому на основании клинического обследования поставлен диагноз «ишемический инсульт». По данным МРТ в белом веществе обоих полушарий головного мозга обнаружено несколько ишемических очагов (3-5 мм в диаметре). При дуплексном сканировании обнаружен стеноз левой внутренней сонной артерии до 20% диаметра, стеноз правой внутренней сонной артерии до 30% диаметра. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 6,6 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,2 ммоль/л. На фоне лечения уменьшились слабость и онемение в левых конечностях. Пациент смог самостоятельно ходить и себя обслуживать.

Анамнез жизни

- * В течение 30 лет страдает артериальной гипертензией.
- * В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа.
- * Курит более 50 лет, алкоголь употребляет в умеренных количествах, имеет низкую физическую активность, страдает ожирением.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление – 160/90 мм рт.ст. (на фоне приема антигипертензивных средств), пульс — 70 ударов в минуту, правильный. По данным Краткой шкалы оценки психического статуса пациент набирает 25 из 30 возможных баллов, по данным госпитальной шкалы тревоги – 3 балла, депрессии – 5 баллов. В неврологическом статусе выявлены насильственный смех, легкие признаки дисфонии и дисфагии, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, ослабление чувствительности слева на лице, туловище и конечностях, снижение силы в левых конечностях до 4 баллов, повышение тонуса в сгибателях левой руки и разгибателях левой ноги, оживление сухожильных рефлексов слева, симптомы Тремнера и Бабинского слева. Пациент самостоятельно передвигается и полностью себя обслуживает.

Чувствительные нарушения у пациента следует расценить как

- альтернирующую гемигипестезию
- сегментарно-корешковый тип расстройств чувствительности
- церебральную гемигипестезию
- сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности

Двигательные нарушения у пациента следует расценить как гемипарез

- атактический
- периферический
- смешанный
- центральный

Насильственный смех, дисфонию и дисфагию, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма следует расценить как

- одностороннее поражение блуждающего нерва
- двустороннее поражение блуждающего нерва
- псевдобульбарный синдром
- бульбарный синдром

Патогенетическим типом ишемического инсульта у пациента является

- кардиоэмболический
- лакунарный
- неуточненный
- атеротромботический

Когнитивные функции по краткой шкале оценки психического статуса соответствуют

- деменции умеренной степени выраженности
- нормальным возрастным показателям
- деменции легкой степени выраженности
- умеренным когнитивным нарушениям

Эмоциональное состояние пациента по госпитальной шкале тревоги и депрессии соответствует

- норме
- субклинически выраженной тревоге и клинически выраженной депрессии
- клинически выраженной тревоге и депрессии
- субклинически выраженной тревоге и депрессии

В качестве антитромботической терапии пациенту рекомендуется назначить

- варфарин
- пентоксифиллин
- ривароксабан
- ацетилсалициловую кислоту

В качестве гиполипидемической терапии пациенту рекомендуется назначить

- аторвастатин
- этилметилгидроксиперидина сукцинат
- клофибрат
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты

Для профилактики повторного ишемического инсульта проводить пациенту хирургическое лечение на сонных артериях

- не рекомендуется
- рекомендуется в виде последовательной (в период одной операции) левосторонней и правосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде сначала правосторонней, а затем (через неделю) левосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде сначала левосторонней, а затем (через неделю) правосторонней каротидной эндартерэктомии

Из нелекарственных методов вторичной профилактики ишемического инсульта наиболее эффективным является

- увеличение физической активности
- снижение потребления продуктов, богатых углеводами
- снижение избыточного веса
- прекращение курения

Оптимальной дозой ацетилсалициловой кислоты для профилактики развития повторного инсульта является + _____ + мг

- 50-75
- 150-300
- 300-600
- 75-150

Для профилактики деменции пациенту принимать лекарственные средства

- 50-75
- 150-300
- 300-600
- 75-150

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 лет выписана из сосудистого отделения и направлена в поликлинику по месту жительства к врачу-неврологу.

Жалобы

на нарушение речи, слабость и онемение в правых конечностях, асимметрию лица.

Анамнез заболевания

Женщина была доставлена в сосудистое отделение городской больницы в связи с быстро развившимися нарушениями речи и слабостью в правых конечностях. У пациентки установлен диагноз «ишемический инсульт» на основании клинического обследования с использованием МРТ головного мозга, на которой в лобной и теменной долях левого полушария обнаружено очаговое ишемическое поражение. При дуплексном сканировании обнаружены закупорка левой внутренней сонной артерии, умеренный (до половины диаметра) стеноз правой внутренней сонной артерии. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 7,0 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 4,1 ммоль/л. На фоне лечения отмечено улучшение речи и двигательных функций. Пациентка смогла самостоятельно ходить и себя обслуживать.

Анамнез жизни

- * В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией.
- * В течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения.
- * Курит, имеет низкую физическую активность.

Объективный статус

Пациентка в ясном сознании. Артериальное давление — 180/100 мм рт.ст., пульс — 80 в минуту, ритм правильный. Обращенную речь понимает полностью, но испытывает трудности в подборе нужных слов, произношении артиклей и предлогов (аграмматизмы в речи), что замедляет речь. В неврологическом статусе также обнаружены сглаженность

правой носогубной складки, слабость нижней части мимической мускулатуры справа, при улыбке перекося лица влево, снижение силы в правой руке до 2 баллов, в правой ноге до 4 баллов, оживление сухожильных рефлексов справа, повышение тонуса в сгибателях правой руки и разгибателях правой ноги, симптомы Тремнера и Бабинского справа. Пациентка самостоятельно передвигается, полностью себя обслуживает.

Двигательные нарушения у пациентки следует расценить как

- центральный гемипарез
- периферический гемипарез
- смешанный гемипарез
- центральный парез руки и периферический парез ноги

Парез мимических мышц лица у пациентки следует расценить как

- левосторонний периферический
- правосторонний периферический
- левосторонний центральный
- правосторонний центральный

Изменение мышечного тонуса у пациентки следует расценить как

- мышечную дистонию
- ригидность
- спастичность
- гемибаллизм

Патогенетическим типом ишемического инсульта у пациентки является

- атеротромботический
- кардиоэмболический
- лакунарный (поражение мелких артерий)
- неуточненный

Нарушение речи у пациентки следует расценить как афазию

- семантическую
- амнестическую
- моторную
- сенсорную

Нарушение речи вызвано поражением

- верхней лобной извилины
- нижней лобной извилины
- задних отделов теменной доли
- средней лобной извилины

В качестве антитромботической терапии пациентке рекомендуется назначить

- варфарин
- ацетилсалициловую кислоту
- ривароксабан
- пентоксифиллин

В качестве гиполипидемической терапии пациентке рекомендуется назначить

- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
- аторвастатин
- этилметилгидроксиперидина сукцинат
- клофибрат

Для профилактики повторного ишемического инсульта пациентке проводить хирургическое лечение на сонных артериях

- не рекомендуется
- рекомендуется в виде правосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде наложения анастомоза между внутренней сонной артерией и ветвями средней мозговой артерии
- рекомендуется в виде удаления тромба из левой внутренней сонной артерии

Из нелекарственных методов вторичной профилактики ишемического инсульта наиболее эффективным является

- снижение избыточного веса
- прекращение курения
- снижение потребления продуктов, богатых холестерином
- увеличение физической активности

Оптимальной дозой ацетилсалициловой кислоты для профилактики развития повторного инсульта является + _____ + мг

- 50-75
- 300-600
- 150-300
- 75-150

Для улучшения речи пациентке рекомендуются

- 50-75
- 300-600
- 150-300
- 75-150

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 лет выписан из сосудистого отделения и направлен в поликлинику по месту жительства к врачу-неврологу.

Жалобы

на слабость в левых конечностях, онемение в левой половине лица и левых конечностях, нечеткость речи.

Анамнез заболевания

Мужчина был доставлен в сосудистое отделение городской больницы в связи с тем, что у него внезапно возникли слабость и онемение в левых конечностях. При КТ головного мозга выявлены признаки кровоизлияния в области базальных ганглиев и внутренней капсулы правого полушария, поэтому на основании клинического обследования и КТ поставлен диагноз «кровоизлияние в мозг». По данным МРТ, помимо кровоизлияния, в белом веществе обоих полушарий головного мозга обнаружено несколько очагов, которые имеют пониженную плотности в T1 режиме и повышенную плотность в T2 режиме. При дуплексном сканировании обнаружен стеноз левой внутренней сонной артерии до 50% диаметра, стеноз правой внутренней сонной артерии до 60% диаметра. При МР-ангиографии не обнаружено данных за аневризму и артериовенозную мальформацию. В биохимическом анализе крови уровень общего холестерина – 5,3 ммоль/л. На фоне лечения уменьшились слабость и онемение в левых конечностях. Пациент смог самостоятельно ходить и себя обслуживать.

Анамнез жизни

- * в течение 25 лет страдает артериальной гипертензией;
- * курит более 40 лет, злоупотребляет алкоголем, имеет низкую физическую активность, страдает ожирением.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление – 150/90 мм рт.ст. (на фоне приема антигипертензивных средств), пульс — 70 ударов в минуту, правильный. По данным Краткой шкалы оценки психического статуса пациент набирает 21 из 30 возможных баллов, по данным госпитальной шкалы тревоги – 5 баллов, депрессии – 14 баллов. В неврологическом статусе выявлены нарушение артикуляции речи (при полном понимании обращенной речи и сохранной собственной речи), насильственный смех, легкие признаки дисфонии и дисфагии, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, ослабление чувствительности слева на лице, туловище и конечностях, снижение силы в левых конечностях до 3 баллов, повышение тонуса в сгибателях левой руки и разгибателях левой ноги, оживление сухожильных рефлексов слева, симптомы Тремнера и Бабинского слева. Пациент самостоятельно передвигается и полностью себя обслуживает.

Чувствительные нарушения у пациента следует расценить как

- церебральную гемигипестезию

- альтернирующую гемигипестезию
- сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности
- сегментарно-корешковый тип расстройств чувствительности

Двигательные нарушения у пациента следует расценить как гемипарез

- атактический
- центральный
- периферический
- смешанный

Насильственный смех, дисфонию и дисфагию, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма у пациента следует расценить как

- одностороннее поражение блуждающего нерва
- бульбарный синдром
- псевдобульбарный синдром
- двустороннее поражение блуждающего нерва

Нарушение речи у пациента следует расценить как

- моторную афазию
- дислалию
- сенсорную афазию
- дизартрию

Основной причиной кровоизлияния является

- длительное (более 40 лет) курение
- амилоидная ангиопатия
- артериальная гипертензия
- церебральный атеросклероз

Когнитивные функции по краткой шкале оценки психического статуса соответствуют

- нормальным возрастным показателям
- легкой степени деменции
- умеренным когнитивным нарушениям
- деменции выраженной степени

Эмоциональное состояние пациента по госпитальной шкале тревоги и депрессии соответствует

- субклинически выраженной депрессии
- субклинически выраженной тревоге
- клинически выраженной тревоге
- клинически выраженной депрессии

В острейшем периоде геморрагического инсульта снижать АД

- не рекомендуется
- рекомендуется до уровня 140 мм рт ст
- рекомендуется до уровня 120 мм рт ст
- рекомендуется до уровня 180 мм рт ст

Проводить гиполипидемическую терапию пациенту

- рекомендуется в виде 40 мг аторвастатина
- не рекомендуется
- рекомендуется в виде 20 мг аторвастатина
- рекомендуется в виде 10 мг аторвастатина

Для профилактики ишемического инсульта проводить пациенту хирургическое лечение на сонных артериях

- не рекомендуется
- рекомендуется в виде сначала правосторонней, а затем (через неделю) левосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде сначала левосторонней, а затем (через неделю) правосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде последовательной (в период одной операции) левосторонней и правосторонней каротидной эндартерэктомии

Из нелекарственных методов вторичной профилактики кровоизлияния в мозг наиболее эффективным является

- метод постепенного снижение избыточного веса
- отказ от алкоголя
- метод регулярных физических тренировок
- отказ от курения

Для оценки эффективности антигипертензивной терапии рекомендуется

- метод постепенного снижение избыточного веса
- отказ от алкоголя
- метод регулярных физических тренировок
- отказ от курения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился в поликлинику к врачу-неврологу.

Жалобы

на снижение зрения на правый глаз

Анамнез заболевания

Снижение зрения заметил 2 дня назад – появилось ощущение, что смотрит «как через пелену». За несколько дней до этого отмечал болезненность в правом глазу при движении глаз. Эта болезненность самим пациентом была расценена как проявление «невралгии тройничного нерва», вследствие чего он и обратился к неврологу. При расспросе выяснилось, что полгода тому назад был эпизод ощущения «ползания мурашек» в стопах, которое затем распространилось до колен. По этому поводу обращался к врачу, состояние было расценено как проявление остеохондроза позвоночника. На фоне применения нестероидных противовоспалительных препаратов и массажа вся симптоматика регрессировала.

Анамнез жизни

- * какие-либо неврологические заболевания у родственников отрицает
- * хронических заболеваний нет
- * женат, имеет ребёнка в возрасте пяти лет
- * доцент кафедры новейшей истории МГУ
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергия на кошачью шерсть

Объективный статус

Соматический статус в норме. АД – 120/80 мм рт.ст., пульс – 74 в 1 минуту. Поля зрения, ориентировочно, в норме. Горизонтальный нистагм при следящих движениях глаз. Лицо симметрично. Глотание, артикуляция, фонация не нарушены. Сила в руках и ногах – 5 баллов. Тонус в руках и ногах не изменён. Сухожильные рефлексы на руках и ногах повышены, с расширенными зонами. Патологический рефлекс Бабинского с 2-х сторон. Дисдиадохокinesis, неуверенность при выполнении пяточно-коленной пробы. Снижение суставно-мышечного чувства в пальцах стоп. Тазовых нарушений нет. В поликлинике осмотрен офтальмологом: VISOD – 0,1; VISOS – 1,0. Глазное дно: деколорация височной половины диска зрительного нерва справа.

Снижение зрения в правом глазу у пациента обусловлено поражением

- зрительного нерва
- перекреста зрительных путей
- правого зрительного тракта
- левого зрительного тракта

Неврологический статус пациента можно объяснить поражением

- спино-таламических путей и корково-ядерных путей
- пучков Бурдаха и червя мозжечка
- кортико-нуклеарных путей и таламокортикальных волокон

- кортико-спинальных путей и пучков Голля

С учётом анамнестических сведений, данных неврологического и офтальмологического осмотров, предположительным диагнозом является

- спино-таламических путей и корково-ядерных путей
- пучков Бурдаха и червя мозжечка
- кортико-нуклеарных путей и таламокортикальных волокон
- кортико-спинальных путей и пучков Голля

Для уточнения диагноза необходимо провести

- электрофорез белков крови
- исследование скорости проведения возбуждения по нервам
- МРТ головного мозга
- транскраниальную магнитную стимуляцию

Дополнительным диагностическим критерием является анализ ликвора на наличие

- повышенного содержания белка
- олигоклональных антител
- пониженного уровня глюкозы
- нейтрофильного плеоцитоза

Для подтверждения «рассеянности в пространстве» необходимо провести

- позитронно-эмиссионную томографию головного мозга
- МРТ головного мозга в режиме T2
- МРТ головного мозга в режиме T1 с контрастированием
- КТ головного мозга с контрастированием

Для подтверждения «рассеянности во времени» необходимо провести

- МРТ головного мозга в режиме T1 с контрастированием
- МРТ головного мозга в режиме T2 с контрастированием
- МРТ головного мозга в режиме T1 без контрастирования
- позитронно-эмиссионную томографию головного мозга

При подтверждении диагноза «рассеянный склероз» пациенту необходимо назначить

- пероральный приём небольших доз преднизолона
- внутривенную кортикостероидную пульс-терапию
- внутривенное введение человеческого иммуноглобулина
- проведение гипербарической оксигенции

У данного пациента тип течения заболевания

- вторично-прогрессирующий с обострениями

- ремиттирующий
- первично-прогрессирующий
- вторично-прогрессирующий

Из препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС), пациенту можно рекомендовать

- внутривенный человеческий иммуноглобулин
- ПИТРС 1-й линии
- применение иммуносупрессоров
- ПИТРС 2-й линии

Препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС), 2-й линии назначают в случае

- клинически изолированного синдрома
- радиологически изолированного синдрома
- неэффективности препаратов 1-й линии
- первично-прогрессирующего течения рассеянного склероза

При высокоактивном агрессивном течении ремиттирующего рассеянного склероза показано назначение

- клинически изолированного синдрома
- радиологически изолированного синдрома
- неэффективности препаратов 1-й линии
- первично-прогрессирующего течения рассеянного склероза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 40 лет, находящаяся под динамическим наблюдением с диагнозом «рассеянный склероз», пришла на очередной осмотр.

Жалобы

на нарастающую в течение последнего года слабость и скованность в ногах, дрожание рук, а также пошатывание при ходьбе и нарушение мочеиспускания.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 15 лет, когда впервые возникло лёгкое пошатывание в обе стороны при ходьбе. Считала, что это связано с переутомлением, и к врачу не обращалась. Через 2-3 недели симптоматика полностью регрессировала. Однако через 1 год пошатывание возобновилось, кроме того, пациентка стала отмечать слабость в ногах. После обследования был диагностирован рассеянный склероз. На протяжении следующих 5 лет – периодические обострения с полным восстановлением после лечения. 3 года назад был назначен препарат, изменяющий течение рассеянного склероза

(ПИТРС), 1-й линии – глатирамера ацетат, на фоне которого частота обострений значительно снизилась. Однако в последний год слабость и скованность в ногах неуклонно нарастают, как и пошатывание при ходьбе. Кроме того, при повелительном позыве на мочеиспускание ей приходится тужиться в течение 1-2 минут.

Анамнез жизни

- * живёт в Саратове
- * какие либо неврологические заболевания у родственников отрицает
- * хронических заболеваний нет
- * замужем, имеет взрослую дочь
- * не работает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечала

Объективный статус

Соматический статус в норме. АД – 135/85 мм рт.ст., пульс – 68 в 1 мин. Поля зрения, ориентировочно, в норме. Горизонтальный нистагм. Лицо симметрично. Глотание, артикуляция, фонация не нарушены. Сила в руках – 5 баллов. Сила в проксимальных отделах ног – 3 балла, в дистальных отделах – 4 балла. Тонус в руках не изменён, в ногах повышен по спастическому типу с симптомом «складного ножа». Сухожильные рефлексы на руках средней живости, на ногах – высокие, с расширенными зонами и клонусами стоп. Патологические рефлексы Бабинского, Россолимо с 2-х сторон. Походка с пошатыванием, на широкой базе. Интенционный тремор и дисдиадохокинез в руках, промахивание при выполнении пяточно-коленной пробы. Пошатывание в позе Ромберга как с открытыми, так и с закрытыми глазами. Чувствительных нарушений нет. Затруднение при мочеиспускании.

Неврологический статус пациентки объясняется поражением

- внутренней капсулы и передних рогов спинного мозга
- червя мозжечка и пучка Говерса
- боковых канатиков спинного мозга и полушарий мозжечка
- таламуса и передних канатиков

Очаг поражения спинного мозга у пациентки находится на уровне

- верхнее-шейного отдела
- шейного утолщения
- грудного отдела
- поясничного утолщения

Нарушение мочеиспускания у пациентки может быть расценено как

- парадоксальная анурия
- детрузорно-сфинктерная асинергия
- парадоксальная ишурия
- императивные позывы на мочеиспускание

В настоящее время тип течения рассеянного склероза у пациентки

- первично-прогрессирующий без обострений
- ремитирующий с редкими обострениями
- вторично-прогрессирующий без обострений
- вторично-прогрессирующий с обострениями

Так как пациентка в настоящее время получает препарат, изменяющий течение рассеянного склероза (ПИТРС) 1-й линии, следует

- перейти на другой препарат 1-й линии
- перейти на препарат 2-й линии
- назначить постоянный приём небольших доз преднизолона
- закончить применение ПИТРС

Учитывая тип течения заболевания у пациентки, ей следует рекомендовать

- человеческий иммуноглобулин для внутривенного введения
- гипербарическую оксигенацию
- плазмаферез с заменой достаточного количества плазмы
- митоксантрон

Наиболее грозным осложнением митоксантрона является развитие

- тромбоцитопенической пурпуры
- аутоиммунного тиреоидита
- листериозного менингита
- лейкемии

При назначении митоксантрона клинический и биохимический анализы крови проводят 1 раз в

- 1 месяц
- 3 месяца
- 1 неделю
- 6 месяцев

При применении митоксантрона функция сердца исследуется 1 раз в + _____ + (в месяцах)

- 6
- 3

- 1
- 12

Показанием для отмены митоксантрона является

- развитие брадикардии с частотой пульса менее 60 в 1 минуту
- развитие тахикардии с частотой пульса более 90 в 1 минуту
- снижение сердечного выброса менее 10%
- снижение сердечного выброса менее 50%

Для коррекции тазовых нарушений, имеющихся у пациентки, можно назначить

- толтеродин
- амитриптилин
- баклофен
- тамсулозин

Миорелаксанты для снижения повышенного мышечного тонуса следует назначать

- толтеродин
- амитриптилин
- баклофен
- тамсулозин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет поступила в неврологическое отделение для подбора терапии.

Жалобы

на нарастающую в течение последнего года слабость и скованность в ногах, дрожание рук, а также пошатывание при ходьбе, усиливающееся в тёмное время суток.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда впервые возникло лёгкое пошатывание в обе стороны при ходьбе. Считала, что это связано с переутомлением, и к врачу не обращалась. Через 2-3 недели симптоматика полностью регрессировала. Однако через 1 год пошатывание возобновилось, кроме того, пациентка стала отмечать слабость в ногах. Лечилась стационарно, но назначаемых препаратов не помнит. На фоне лечения слабость и пошатывание уменьшились, но полностью не прошли. Ещё через 6-8 месяцев заметила дрожание в руках, которое мешало выполнению точных движений. На протяжении следующих лет описанная симптоматика несколько раз нарастала, но на фоне лечения значительно регрессировала, и между такими «обострениями» оставалась стабильной. Однако на протяжении последнего года между периодами резкого усугубления симптоматики слабость, скованность в ногах и пошатывание при ходьбе продолжают нарастать.

Анамнез жизни

- * живёт в деревне
- * какие-либо неврологические заболевания у родственников отрицает
- * хронических заболеваний нет
- * замужем, имеет 2-х взрослых детей
- * не работает (в прошлом – доярка)
- * профессиональных вредностей не имела
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечала
- * 15 лет назад – перелом костей плеча с установлением металлической спицы

Объективный статус

Физикальный статус в норме. АД – 130/80 мм рт.ст., пульс – 66 в 1 мин. Поля зрения, ориентировочно, в норме. Нистагма нет. Лицо симметрично. Глотание, артикуляция, фонация не нарушены. Сила в руках – 5 баллов. Сила в проксимальных отделах ног – 3 балла, в дистальных отделах – 4 балла. Тонус в руках не изменён, в ногах повышен по спастическому типу с симптомом «складного ножа». Сухожильные рефлексы на руках средней живости, на ногах – высокие, с расширенными зонами и клонусами стоп. Патологические рефлексы Бабинского, Россолимо и Оппенгейма с 2-х сторон. Походка атактическая, с нарастанием атаксии при закрывании глаз. Интенционный тремор и дисдиадохокinesis в руках, небольшая интенция при выполнении пяточно-коленной пробы. Асинергии Бабинского нет. Мимопопадание при выполнении координационных проб с закрытыми глазами. Положительная проба Ромберга. Нарушение суставно-мышечного чувства в стопах. Поверхностная чувствительность сохранна. Тазовые функции сохранны.

Развитие пареза в ногах обусловлено поражением + _____ + спинного мозга

- передних рогов
- передних канатиков
- боковых канатиков
- задних канатиков

Учитывая указанные особенности атактического синдрома, наиболее вероятной локализацией поражения являются

- боковые канатики спинного мозга
- путь Говерса
- червь мозжечка
- полушария мозжечка

Предположительным диагнозом является

- боковые канатики спинного мозга
- путь Говерса
- червь мозжечка

- полушария мозжечка

Для подтверждения диагноза пациентке необходимо провести

- магнитно-резонансную томографию головного и спинного мозга
- исследование ликвора на олигоклональные антитела
- определение числа лимфоцитов в крови
- исследование ликвора на содержание белка

Для подтверждения «рассеянности в пространстве» пациентке можно провести исследование

- вызванных потенциалов
- скорости проведения возбуждения по нервам
- биохимического состава крови
- электроэнцефалограммы после депривации сна

Тип течения заболевания у пациентки

- вторично-прогрессирующий с обострениями
- ремиттирующий
- первично-прогрессирующий
- вторично-прогрессирующий без обострений

С учётом типа течения заболевания пациентке следует назначить

- финголимод
- высокодозный интерферон бета
- глатирамера ацетат
- натализумаб

Наиболее частыми нежелательными явлениями интерферонов бета являются

- инфекции верхних дыхательных путей
- гриппоподобные симптомы
- мочевые инфекции
- желудочно-кишечные расстройства

С целью профилактики осложнений назначения препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, в данном случае рекомендуется

- титрование вводимой дозы
- применение антибактериальной терапии
- применение противогриппозной вакцины
- применение противовирусных препаратов

Целью применения интерферона бета в данном случае является

- снижение мышечного тонуса
- замедление прогрессирования
- уменьшение атаксии
- профилактика обострений

При назначении интерферона бета необходимо контролировать уровень

- печёночных ферментов
- числа лейкоцитов в крови
- числа тромбоцитов в крови
- гликолизированного гемоглобина

Миорелаксанты для снижения повышенного мышечного тонуса следует назначать

- печёночных ферментов
- числа лейкоцитов в крови
- числа тромбоцитов в крови
- гликолизированного гемоглобина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 33 лет доставлена в клинику бригадой скорой помощи в связи с ухудшением состояния

Жалобы

На повышение температуры до 37,5°C, слабость, снижение аппетита, головную боль, боли в мышцах, звенящий шум в левом ухе

Анамнез заболевания

Недомогание почувствовала около 3 недель назад, когда появилась общая слабость, утомляемость, потливость. Обнаружила на коже поясницы красное округлое образование. Стало беспокоить сильный зуд и жжение в области покраснения. Образование увеличилось в размерах в течение нескольких дней. Постепенно состояние ухудшалось. Появились головные боли с подташниванием, боли в мышцах, простреливающие боли в шее. Накануне обращения к врачу появился перекос лица, перестал закрываться глаз, снизилась острота зрения. Месяц назад вернулась из отпуска, который провела в западной Сибири.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания была практически здорова

Объективный статус

При поступлении: состояние средней тяжести.

Обращает внимание бледность кожных покровов. На коже поясницы красное округлое образование.

Температура тела – 37,5°C, АД – 120/80 мм рт.ст., пульс – 78 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. ЧДД – 18 в минуту. Увеличены паховые лимфоузлы. Снижен слух на левое ухо.

Неврологический статус: сознание ясное. Светобоязнь. Положительные симптомы Бехтерева, Мондоневи. Небольшая ригидность затылочных мышц. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Глазодвигательных нарушений нет. Правая половина лба неподвижна. Не может нахмурить лоб, зажмуриться. Сглажена правая носогубная складка. Правый глаз полностью не закрывается. При попытке закрыть глаз глазное яблоко закатывается кверху. Глотание, фонация не нарушены. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметричные. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Нарушений чувствительности нет.

У пациента выявлены синдромы: общеинфекционный, менингеальный и очаговый неврологический в виде

- бульбарного синдрома
- псевдобульбарного синдрома
- центрального пареза правого лицевого нерва
- периферического пареза правого лицевого нерва

Заболевание пациента предположительно относится к группе

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относят

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

Результаты лабораторных методов обследования

К инструментальным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относят

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

Результат инструментального метода обследования

С учетом клиники и данных дополнительных методов обследования можно выставить диагноз

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

После удаления клеща кожу в месте его присасывания обрабатывают

- масляным раствором
- жирной мазью
- керосином
- антисептиком (настойкой йода или спиртом)

Этиотропное лечение боррелиоза включает применение

- противовирусных препаратов
- специфического иммуноглобулина
- антибактериальной терапии
- препаратов интерферона

На ранних стадиях заболевания препаратами выбора считаются

- специфические иммуноглобулины
- противовирусные препараты
- антибиотики фторхинолонового ряда
- антибиотики из группы тетрациклинов

Возможным путем передачи инфекции при заражении боррелиозом является

- фекально-оральный
- трансмиссивный
- контактно-бытовой
- воздушно-капельный

Патогенетическое лечение включает применение дезинтоксикационной терапии, НПВС, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и

- иммуномодулирующей терапии
- витаминотерапии
- антибиотикотерапии
- антигистаминных препаратов

После укуса клеща в качестве профилактики боррелиоза показано назначение

- специфического иммуноглобулина

- препарата интерферона
- доксициклина
- антиборрелиозной вакцины

Помимо поражения нервной системы при боррелиозе чаще всего поражаются сердце и

- специфического иммуноглобулина
- препарата интерферона
- доксициклина
- антиборрелиозной вакцины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 63 лет, поступил в клинику по поводу остро развившихся нарушений речи и слабости в конечностях.

Жалобы

На нарушение речи, слабость в правых конечностях

Анамнез заболевания

Заболел остро – развились нарушения речи, слабость в правой руке, спустя 20 минут – в правой ноге. Двигательные нарушения максимально выросли в течение часа. В стационар доставлен спустя 7 часов от развития симптоматики.

Анамнез жизни

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

Объективный статус

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

В легких дыхание везикулярное. ЧДД – 18 в минуту.

В неврологическом статусе: состояние средней тяжести. Больной в ясном сознании.

Скуловой симптом Бехтерева слева. Собственная речь затруднена, малопонятна.

Литеральные парафазии, замены близких по артикуляции звуков. Обращенную речь понимает, выполняет простые инструкции. Выраженная оральная апраксия. Снижен правый корнеальный рефлекс. Парез мимических мышц по центральному типу справа.

Язык девирует вправо. Легкий правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3,5-4 баллов. Сухожильная гиперрефлексия справа. Гемигипестезия справа.

Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлекс орального автоматизма.

Имеющаяся у пациента симптоматика в виде затруднения собственной речи, литеральных парафазий, замены близких по артикуляции звуков, выраженной оральной апраксии при понимании обращенной речи соответствует синдрому

- семантической афазии
- эфферентной моторной афазии (Брока)
- сенсорной афазии (Вернике)
- афферентной моторной афазии

Речевые нарушения, имеющиеся у пациента, характерны для поражения

+ _____ + доли головного мозга

- левой лобной
- правой височной
- левой височной
- левой теменной

Для постановки диагноза пациенту необходимо выполнить

- левой лобной
- правой височной
- левой височной
- левой теменной

Результат обследования

Выявленные изменения на компьютерной томограмме в виде гиподенсивного очага в бассейне кровоснабжения левой средней мозговой артерии можно трактовать как

- очаг ишемии
- очаг демиелинизации
- очаг кровоизлияния
- опухоль мозга

Для уточнения патогенетического варианта инсульта необходимо провести лабораторную диагностику, эхокардиографию и

- очаг ишемии
- очаг демиелинизации
- очаг кровоизлияния
- опухоль мозга

Результаты обследования

С учетом выявленных изменений у пациента диагностирован + _____ + патогенетический вариант ишемического инсульта

- лакунарный
- атеротромботический
- неутонченый
- кардиоэмболический

Основным диагнозом с учетом данных дополнительных методов обследования является

- лакунарный
- атеротромботический
- неутонченый
- кардиоэмболический

Терапевтическим окном для тромболитической терапии являются первые + _____ + часа/часов от развития инсульта

- 4,5
- 6
- 3
- 8

В острейший период ишемического инсульта АД должно поддерживаться на цифрах, выше оптимальных для пациента: систолическое АД на + _____ + мм рт.ст. и диастолическое АД на + _____ + мм рт.ст.

- 20-25; 10-15
- 15-25; 5-10
- 20-30; 10-15
- 5-10; 5-10

В качестве вторичной профилактики пациенту следует назначить

- дабигатрана этексилат в дозе 150 мг 2 раза в день
- варфарин в дозе 5 мг 1 раз в день
- ацетилсалициловую кислоту в дозе 75-300 мг в сутки
- ривароксабан в дозе 20 мг в сутки

Пациенту с симптомным стенозом сонной артерии в качестве профилактики в течение 6 месяцев от момента инсульта следует выполнить

- каротидную эндартерэктомию
- закрытие открытого овального окна
- каротидную ангиопластику
- каротидную тромбоэкстракцию

Для данного пациента целевой уровень холестерина ЛПНП при терапии статинами составляет + _____ + ммоль/л

- каротидную эндартерэктомию
- закрытие открытого овального окна
- каротидную ангиопластику
- каротидную тромбоэкстракцию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 64 лет поступил в клинику по поводу внезапно развившейся слабости в конечностях.

Жалобы

на слабость в левых конечностях, перекос лица.

Анамнез заболевания

Заболел остро. Утром после сна внезапно развились перекос лица, слабость в левых конечностях. Госпитализирован по СМП. В стационар доставлен через 1,5 часа от начала симптоматики.

Анамнез жизни

В анамнезе у пациента умеренная артериальная гипертензия. 7 лет назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. В течение последнего года имели место два эпизода быстро проходящей слабости в левых конечностях.

Объективный статус

При поступлении у больного АД – 170/90 мм рт.ст., пульс – 74 в минуту, ритм сердца правильный. Аускультативно слева над проекцией внутренней сонной артерии выслушивается систолический шум. Снижена пульсация на обеих a. dorsalis pedis.

В легких дыхание везикулярное. ЧДД – 18 в минуту. +

В неврологическом статусе: состояние средней тяжести. Менингеального синдрома нет.

Больной в ясном сознании. Легкая дизартрия. Выпадение левых полей зрения.

Глазодвигательных нарушений нет. Сглажена левая носогубная складка. Язык девирует влево. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2 баллов в руке и 3 баллов в ноге. Сухожильная гиперрефлексия слева. Гемигипестезия слева.

Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлексы орального автоматизма.

Имеющаяся у пациента симптоматика в виде гемианопсии, гемианестезии, гемипареза соответствует синдрому поражения

- внутренней капсулы
- ножки мозга
- ствола мозга
- зрительного бугра (таламуса)

Для постановки диагноза пациенту необходимо выполнить

- внутренней капсулы
- ножки мозга
- ствола мозга
- зрительного бугра (таламуса)

Результат обследования

Для уточнения патогенетического варианта заболевания необходимо провести лабораторную диагностику, эхокардиографию и

- внутренней капсулы
- ножки мозга
- ствола мозга
- зрительного бугра (таламуса)

Результаты обследования

С учетом выявленных изменений у пациента диагностирован + _____ + патогенетический вариант ишемического инсульта

- неуточнённый
- лакунарный
- атеротромботический
- кардиоэмболический

Основным диагнозом с учетом данных дополнительных методов обследования является

- неуточнённый
- лакунарный
- атеротромботический
- кардиоэмболический

Терапевтическим окном для тромболитической терапии являются первые + _____ + часа/часов от развития инсульта

- 8
- 4,5
- 6
- 3

Рекомендованная пациенту доза тромболитика (алтеплазы) для проведения системного тромболиза составляет + _____ + мг/кг массы тела

- 1,9
- 2,9
- 0,5

- 0,9

Оценку неврологического статуса по шкале инсульта NIHSS во время введения тромболитика проводят каждые + _____ + минут

- 30
- 60
- 15
- 120

В качестве вторичной профилактики пациенту следует назначить

- дабигатрана этексилат в дозе 150 мг 2 раза в день
- ацетилсалициловую кислоту в дозе 75-300 мг в сутки
- варфарин в дозе 5 мг 1 раз в день
- ривароксабан в дозе 20 мг в сутки

После проведения системного тромболизиса антиагреганты могут быть назначены не ранее чем через + _____ + часа/часов от начала проведения тромболитической терапии

- 48
- 72
- 12
- 24

В случае осложнения тромболитической терапии в виде угрожающего продолжающегося кровотечения рекомендовано

- введение аминокапроновой кислоты
- переливание одногруппной крови
- введение низкомолекулярных гепаринов
- переливание одногруппной плазмы

Для данного пациента целевой уровень холестерина ЛПНП при терапии статинами составляет + _____ + ммоль/л

- введение аминокапроновой кислоты
- переливание одногруппной крови
- введение низкомолекулярных гепаринов
- переливание одногруппной плазмы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 73 лет поступил в клинику по поводу остро развившейся слабости в конечностях

Жалобы

на слабость в левых конечностях

Анамнез заболевания

Найден родственниками лежащим на полу, не мог самостоятельно подняться из-за слабости в левой руке и ноге. Давность заболевания точно установить невозможно. Последний контакт с пациентом по телефону был более 12 часов назад.

Анамнез жизни

В анамнезе у пациента умеренная артериальная гипертензия, ИБС, мерцательная аритмия постоянная форма, сахарный диабет 2 типа, синдром перемежающейся хромоты. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года имел место эпизод быстро проходящей слабости в правых конечностях.

Объективный статус

При поступлении у больного АД – 160/90 мм рт.ст., пульс 120-150 в минуту, ритм сердца неправильный, мерцательная аритмия. Снижена пульсация на обеих а. dorsalis pedis.

В легких дыхание жесткое. ЧДД – 18 в минуту. Трофические изменения голеней.

В неврологическом статусе: состояние средней тяжести. Больной в сознании.

Менингеального синдрома нет. Скуловой симптом Бехтерева справа. Обращенную речь понимает, выполняет инструкции. Собственная речь сохранна. Снижен левый

корнеальный рефлекс. Парез мимических мышц по центральному типу слева. Язык

девирует влево. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 1 балла в руке и 2 баллов в ноге. Сухожильная гиперрефлексия слева. Полная утрата поверхностной

чувствительности и суставно-мышечного чувства в левых конечностях. Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлекс орального автоматизма. +

#Обращает внимание# недооценка пациентом симптомов заболевания. Считает, что «все в порядке». На задание «Поднимите левую руку» уточняет «Какую именно?». При детальном опросе выясняется, что пациент ощущает три левых руки. Просит подать руку с подоконника, потому что она замерзла. Описанная симптоматика регрессировала в течение 2-х дней. В дальнейшем пациент осознавал наличие у него двигательного дефицита.

Имеющаяся у пациента симптоматика в виде ощущения лишних конечностей, иногда даже лежащих на расстоянии, называется

- псевдополиимелией
- апраксией
- семантической афазией
- астереогнозом

Неврологическая симптоматика, имеющаяся у пациента, характерна для поражения

+ _____ + доли головного мозга

- левой лобной
- правой теменной

- правой височной
- правой лобной

Для постановки диагноза пациенту необходимо выполнить

- левой лобной
- правой теменной
- правой височной
- правой лобной

Результат обследования

Выявленные изменения на компьютерной томограмме в виде гиподенсивного очага в бассейне кровоснабжения правой средней мозговой артерии можно трактовать как

- очаг кровоизлияния
- опухоль мозга
- очаг демиелинизации
- очаг ишемии

Для уточнения патогенетического варианта инсульта необходимо провести лабораторную диагностику, эхокардиографию и

- очаг кровоизлияния
- опухоль мозга
- очаг демиелинизации
- очаг ишемии

Результаты обследования

С учетом выявленных изменений у пациента диагностирован + _____ + патогенетический вариант ишемического инсульта

- лакунарный
- кардиоэмболический
- атеротромботический
- неутонченный

Основным диагнозом с учетом данных дополнительных методов обследования является

- лакунарный
- кардиоэмболический
- атеротромботический
- неутонченный

Терапевтическим окном для тромболитической терапии являются первые + _____ + часа/часов от развития инсульта

- 6
- 3
- 8
- 4,5

В острейший период ишемического инсульта АД должно поддерживаться на цифрах, выше оптимальных для пациента: систолическое АД на + _____ + мм рт.ст. и диастолическое АД на + _____ + мм рт.ст.

- 15-25; 5-10
- 25-40; 15-20
- 5-10; 5-10
- 20-30; 10-15

Абсолютным показанием к назначению инсулинов короткого действия считают содержание глюкозы крови \geq + _____ + ммоль/л

- 6
- 10
- 8
- 12

У данного пациента целевой уровень холестерина ЛПНП при терапии статинами составляет + _____ + ммоль/л

- 2,5
- 1,4
- 2,8
- 1,8

С целью снижения повышенного внутричерепного давления у пациента с ишемическим инсультом показано применение

- 2,5
- 1,4
- 2,8
- 1,8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии.

Жалобы

на повышение температуры до 39,5°C, слабость, снижение аппетита, сонливость, головную боль, тошноту, боли в мышцах и суставах, однократный общесудорожный эпилептический приступ.

Анамнез заболевания

В день госпитализации у пациента развился общесудорожный эпилептический припадок, в связи с чем вызвал бригаду скорой медицинской помощи. За три дня до обращения в стационар внезапно поднялась температура 39°C, возникли вышеуказанные жалобы. Выяснилось, что за неделю до заболевания пациент вернулся из отпуска, который провел на Алтае.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания был практически здоров. +
Перенес аппендэктомию в возрасте 10 лет. +
Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. Обращает внимание инъекция сосудов склер и конъюнктив, гиперемия лица, шеи и верхней половины туловища, выраженная гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. Температура тела – 39,7°C, АД – 130/80 мм рт.ст., пульс – 88 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДД – 24 в минуту.

Неврологический статус: уровень сознания – оглушение, на вопросы отвечает после длительного латентного периода. Светобоязнь. Положительные симптомы Бехтерева, Мондонеци. Небольшая ригидность затылочных мышц. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Легкое расходящееся косоглазие с двух сторон. Сглажена правая носогубная складка. Нарушено глотание, поперхивается, особенно жидкой пищей, гнусавый оттенок голоса. Небный и глоточный рефлексы не вызываются. Язык девирует вправо, фасцикулярные подергивания в мышцах языка. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметричные. Горизонтальный мелкокорзинчатый нистагм при взгляде в стороны. Выявляется слабость мышц шеи. Не может удерживать голову ровно, голова свисает вперед. Фибриллярные подергивания в трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцах. Не может поднять плечи выше горизонтальной линии (пожать плечами). Нарушений чувствительности нет.

У пациента выявлены неврологические синдромы: общемозговой, менингеальный и очаговые в виде

- мозжечкового
- бульбарного
- поражения глубоких отделов больших полушарий головного мозга
- поражения верхнешейных сегментов спинного мозга
- псевдобульбарного

Фибриллярные подергивания в трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцах связаны с поражением ядра + _____ + пары черепных нервов

- VII
- IX
- X
- XI

Заболевание пациента предположительно относится к группе

- демиелинизирующих
- инфекционных
- дегенеративных
- сосудистых

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относят

- демиелинизирующих
- инфекционных
- дегенеративных
- сосудистых

Результаты лабораторных методов обследования

С целью определения степени тяжести поражения головного мозга проводят

- демиелинизирующих
- инфекционных
- дегенеративных
- сосудистых

Результаты обследования

С учетом клиники и данных дополнительных методов обследования выставляется диагноз

- демиелинизирующих
- инфекционных
- дегенеративных
- сосудистых

Форма заболевания с учетом клинической картины соответствует

- менингоэнцефалополиомиелитической
- лихорадочно-полиомиелитической
- лихорадочной

- менингоэнцефалитической

Этиотропное лечение данного заболевания включает применение

- антибиотиков цефалоспоринового ряда
- антибиотиков фторхинолонового ряда
- глюкокортикостероидной терапии
- специфического противоклещевого иммуноглобулина

Этиотропное лечение данного заболевания помимо иммуноглобулина включает применение противовирусных препаратов (рибонуклеазы, рибавирин) и

- антибиотиков фторхинолонового ряда
- антибиотиков цефалоспоринового ряда
- глюкокортикостероидной терапии
- препаратов интерферона

Патогенетическое лечение включает применение дезинтоксикационной терапии, НПВС, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и мозговое кровообращение, и

- витаминотерапии
- иммуномодулирующей терапии
- дегидратационной терапии
- антибиотикотерапии

При быстро прогрессирующей клинике отека мозга рекомендовано назначение

- глюкокортикоидов
- тиазидных диуретиков
- петлевых диуретиков
- калийсберегающих диуретиков

Возможными серьезными осложнениями в острую стадию заболевания являются: тяжелый отек головного мозга, эпилептический синдром и

- глюкокортикоидов
- тиазидных диуретиков
- петлевых диуретиков
- калийсберегающих диуретиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии.

Жалобы

На повышение температуры до 38,9°C, слабость, головную боль, тошноту, боли в глазах, в области шеи, надплечий, мышцах и суставах верхних конечностей.

Анамнез заболевания

В день госпитализации у пациента развилась слабость в правых конечностях, в связи с чем вызвал бригаду скорой медицинской помощи. За три дня до обращения в стационар внезапно поднялась температура 39°C, возникли вышеуказанные жалобы. Выяснилось, что за десять дней до заболевания пациент вернулся из Хабаровского края.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания был практически здоров. +
Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. Обращает внимание инъекция сосудов склер и конъюнктив, гиперемия лица, шеи и верхней половины туловища, выраженная гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. Температура тела – 39,0°C, АД – 120/80 мм рт.ст., пульс – 72 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДД – 22 в минуту.

Неврологический статус: пациент возбужден, тревожен, на лице гримаса ужаса.

Прислушивается к несуществующим звукам. Периодически отмахивается от чего-то.

Положительные симптомы Бехтерева, Мондонеци. Ригидность затылочных мышц. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Не доводит левое глазное яблоко до наружной спайки. Сглажена левая носогубная складка. Нарушено глотание, поперхивается, особенно жидкой пищей, гнусавый оттенок голоса. Небный и глоточный рефлексы не вызываются. Язык девирует вправо, фасцикулярные подергивания в мышцах языка и мягкого нёба. Парез в правых конечностях со снижением мышечной силы до 3 баллов в руке и 4 баллов в ноге.

Сухожильные рефлексы выше справа, симптом Бабинского справа. Отмечается общая гиперестезия, покалывание в области надплечий и шеи.

Фасцикулярные подергивания в мышцах языка и мягкого нёба связаны с поражением ядер + _____ + пар черепных нервов

- V, XII
- VII, XII
- V, VI, VII
- IX, X, XII

Развитие у пациента симптоматики в виде возбуждения, тревожности, ужаса, видений и звуков связано с развитием синдрома

- гиперкинетического
- галлюцинаторно-бредового
- злокачественного нейрорептического

- акинетического мутизма

Заболевание пациента предположительно относится к группе + _____ + поражений нервной системы

- инфекционных
- демиелинизирующих
- сосудистых
- дегенеративных

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относят

- инфекционных
- демиелинизирующих
- сосудистых
- дегенеративных

Результаты лабораторных методов обследования

С целью определения степени тяжести поражения головного мозга в данном случае рекомендовано провести

- инфекционных
- демиелинизирующих
- сосудистых
- дегенеративных

Результаты обследования

С учетом клиники и данных дополнительных методов обследования выставляется диагноз

- инфекционных
- демиелинизирующих
- сосудистых
- дегенеративных

Форма заболевания с учетом клинической картины соответствует

- лихорадочно-полиомиелитической
- менингополиомиелитической
- менингоэнцефалитической
- полиомиелитической

Этиотропное лечение включает применение противовирусных препаратов (рибонуклеазы, рибавирина), препаратов интерферона и

- специфического противоклещевого иммуноглобулина
- антибиотиков цефалоспоринового ряда
- глюкокортикостероидной терапии
- антибиотиков фторхинолонового ряда

Патогенетическое лечение включает применение дезинтоксикационной терапии, НПВС, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и мозговое кровообращение, и

- антибиотикотерапии
- дегидратационной терапии
- витаминотерапии
- иммуномодулирующей терапии

При быстро прогрессирующей клинике отека мозга рекомендовано назначение

- калийсберегающих диуретиков
- тиазидных диуретиков
- глюкокортикоидов
- петлевых диуретиков

После удаления клеща кожу в месте его присасывания обрабатывают

- керосином
- жирной мазью
- антисептиком (настойкой йода или спиртом)
- масляным раствором

Экстренная профилактика клещевого энцефалита включает применение

- керосином
- жирной мазью
- антисептиком (настойкой йода или спиртом)
- масляным раствором

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии.

Жалобы

На повышение температуры до 38,5°C, слабость, головную боль, боли в мышцах шеи и верхнего плечевого пояса, слабость в руках.

Анамнез заболевания

Примерно за неделю до госпитализации у пациента развились боли в мышцах шеи, надплечий, руках. Поднялась высокая температура с ознобом, возникли вышеуказанные

жалобы. Спустя несколько дней появились мышечные подергивания в мышцах надплечий. Накануне госпитализации развилась слабость в мышцах шеи и руках. Выяснилось, что недавно пациент вернулся из Новосибирской области. Профилактическую вакцинацию от эндемичных инфекций не проводил.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания был практически здоров. + Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. Обращает внимание инъекция сосудов склер и конъюнктив, гиперемия лица, шеи и верхней половины туловища, выраженная гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. Температура тела – 38,8°C, АД – 110/70 мм рт.ст., пульс – 68 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДД – 22 в минуту.

Неврологический статус: пациент вял, заторможен. Положительные симптомы Бехтерева, Мондонеци. Ригидность затылочных мышц. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Глазодвигательных нарушений нет. Лицо симметричное. Оттенок голоса гнусавый. Небный и глоточный рефлексы низкие. Фибриллярные подергивания в мышцах языка. Выявляется слабость мышц шеи. Не может удерживать голову ровно, голова свисает вперед. Фибриллярные подергивания в трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцах. Не может поднять плечи выше горизонтальной линии (пожать плечами). Слабость проксимальных отделов рук, мышечный тонус низкий. Сухожильные рефлексы с рук не вызываются, с ног – симметричные, живые. Отмечается общая гиперестезия, покалывание в области надплечий и шеи. Обращает внимание гипотрофия мышц кистей, больше справа.

У пациента выявлены синдромы: общеинфекционный, общемозговой, менингеальный и очаговый в виде бульбарного и

- центрального верхнего парапареза
- хореического гиперкинеза
- торсионной дистонии
- периферического верхнего парапареза

Заболевание пациента предположительно относится к группе

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относят

- дегенеративных

- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

Результаты лабораторных методов обследования

К инструментальным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относят

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

Результаты обследования

Основным диагнозом с учетом клиники и данных дополнительных методов обследования является

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

Форма заболевания с учетом клинической картины соответствует

- полиомиелитической
- лихорадочной
- менингоэнцефалитической
- менингеальной

Этиотропное лечение включает применение противовирусных препаратов (рибонуклеазы, рибавирин), препаратов интерферона и

- антибиотиков цефалоспоринового ряда
- антибиотиков фторхинолонового ряда
- специфического противоклещевого иммуноглобулина
- глюкокортикостероидной терапии

Патогенетическое лечение включает применение дезинтоксикационной терапии, НПВС, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и мозговое кровообращение, и

- дегидратационной терапии
- иммуномодулирующей терапии
- витаминотерапии
- антибиотикотерапии

При быстро прогрессирующей клинике отека мозга рекомендовано назначение

- глюкокортикоидов
- петлевых диуретиков
- тиазидных диуретиков
- калийсберегающих диуретиков

Экстренная профилактика клещевого энцефалита включает применение

- общеукрепляющей витаминотерапии
- инактивированной вакцины внутримышечно
- иммуноглобулина внутримышечно
- антибиотикотерапии

После удаления клеща кожу в месте его присасывания обрабатывают

- антисептиком (настойкой йода или спиртом)
- керосином
- жирной мазью
- масляным раствором

Возможными путями передачи вируса клещевого энцефалита являются трансмиссивный и

- антисептиком (настойкой йода или спиртом)
- керосином
- жирной мазью
- масляным раствором

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 27 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии

Жалобы

На повышение температуры до 39°C, слабость, головную боль, тошноту, боли в глазах, мышечные подергивания.

Анамнез заболевания

В день госпитализации у пациента развились эпизоды мышечных подергиваний в правых конечностях. За два дня до обращения в стационар внезапно поднялась высокая температура с ознобом, возникли вышеуказанные жалобы. Выяснилось, что недавно пациент вернулся из командировки в Красноярский край.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания был практически здоров. +

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. Обращает внимание инъекция сосудов склер и конъюнктив, гиперемия лица, шеи и верхней половины туловища, выраженная гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. Температура тела – 39,0°C, АД – 110/70 мм рт.ст., пульс – 68 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДД – 22 в минуту.

Неврологический статус: пациент вял, заторможен, на вопросы отвечает односложно, после латентного периода. Снижена концентрация внимания. Положительные симптомы Бехтерева, Мондонеци. Ригидность затылочных мышц. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Глазодвигательных нарушений нет. Сглажена правая носогубная складка. При глотании поперхивается, оттенок голоса гнусавый. Небный и глоточный рефлекс низкие. Язык по средней линии. Парез в правой руке со снижением мышечной силы до 4 баллов, мышечный тонус низкий. Сухожильные рефлекс с рук выше справа, с ног симметричные. Положительный рефлекс Якобсона – Ласка справа. Отмечается общая гиперестезия.

Во время осмотра обращают внимание постоянные клонические подергивания в правой половине лица и руке по типу миоклоний. Сознание у пациента при этом не выключается. Судороги периодически прекращаются, при прикосновении к пациенту возникают вновь. Однократно на фоне усиления локальных судорожных подергиваний на правой половине лица и руке развился общесудорожный припадок с потерей сознания.

Постоянные локальные клонические судороги в правой половине лица и руке являются проявлением синдрома

- кожевниковской эпилепсии
- хореического гиперкинеза
- джексоновской эпилепсии
- торсионной дистонии

У пациента отмечается симптоматика поражения + _____ + пар черепных нервов

- V и VI
- VIII и IX
- IX и X
- VI и VII

У пациента определяется очаговая симптоматика в виде центрального пареза лицевой мускулатуры справа, бульбарного синдрома и

- хореического гиперкинеза правой руки
- периферического монопареза правой руки

- псевдобульбарного синдрома
- центрального монопареза правой руки

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относят

- хореического гиперкинеза правой руки
- периферического монопареза правой руки
- псевдобульбарного синдрома
- центрального монопареза правой руки

Результаты лабораторных методов обследования

К инструментальным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относят

- хореического гиперкинеза правой руки
- периферического монопареза правой руки
- псевдобульбарного синдрома
- центрального монопареза правой руки

Результаты обследования

Основным диагнозом с учетом клиники и данных дополнительных методов обследования является

- хореического гиперкинеза правой руки
- периферического монопареза правой руки
- псевдобульбарного синдрома
- центрального монопареза правой руки

Этиотропное лечение данного заболевания включает применение

- глюкокортикостероидной терапии
- специфического противоклещевого иммуноглобулина
- антибиотиков цефалоспоринового ряда
- антибиотиков фторхинолонового ряда

Этиотропное лечение данного заболевания помимо иммуноглобулина включает применение противовирусных препаратов (рибонуклеазы, рибавирин) и

- антибиотиков фторхинолонового ряда
- антибиотиков цефалоспоринового ряда
- препаратов интерферона
- глюкокортикостероидной терапии

Патогенетическое лечение включает применение дезинтоксикационной терапии, НПВС, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и мозговое кровообращение, и

- антибиотикотерапии
- иммуномодулирующей терапии
- витаминотерапии
- дегидратационной терапии

При быстро прогрессирующей клинике отека мозга рекомендовано назначение

- петлевых диуретиков
- глюкокортикоидов
- калийсберегающих диуретиков
- тиазидных диуретиков

После удаления клеща кожу в месте его присасывания обрабатывают

- антисептиком (настойкой йода или спиртом)
- керосином
- жирной мазью
- масляным раствором

Экстренная профилактика клещевого энцефалита включает применение

- антисептиком (настойкой йода или спиртом)
- керосином
- жирной мазью
- масляным раствором

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет самостоятельно пришел на консультацию к врачу-неврологу.

Жалобы

на головные боли, слабость в левой руке и ноге.

Анамнез заболевания

Со слов больного заболел остро 2 недели назад, когда внезапно возникли головная боль, тошнота. Отметил неловкость в левой руке и ноге. Сознания не терял, вызвал бригаду скорой медицинской помощи, которая диагностировала острое нарушение мозгового кровообращения. От предложенной госпитализации отказался. Лечился дома. Принимал гипотензивные препараты, дезагреганты, ноотропы. Состояние не улучшалось. В связи с настоянием родственников самостоятельно обратился в приемное отделение стационара и был госпитализирован в неврологическое отделение с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения». Сразу после госпитализации была выполнена МРТ

головного мозга с контрастным усилением (рис.1).

Рис.1. МРТ-исследование головного мозга.

Представлены аксиальные срезы в режимах: +

А – T1 без контрастирования, +

Б – T1 с контрастированием, +

В – T2, +

Г – FLAIR.

***Заключение*:** выявлена внутримозговая опухоль правой теменной области с кистозным компонентом (метастаз?), образование окружено зоной перифокального отека, опухоль интенсивно неоднородно накапливает контрастный препарат.

Анамнез жизни

Длительное время страдает гипертонической болезнью. Систематического лечения по этому поводу не получал. Вредных привычек не имеет. +

За 2 года до настоящего обращения к неврологу был оперирован по поводу рака легкого. Произведена резекция верхней доли правого легкого. После этого прошел курс лучевой терапии и химиотерапии. Наблюдается у онколога по месту жительства. При последнем онкологическом обследовании за 4 месяца до настоящего заболевания признаков локального рецидива опухоли и метастатического поражения не выявлено.

Объективный статус

Пациент в сознании, контактен, ориентирован в месте, времени и собственной личности. В неврологическом статусе отмечается левосторонний гемипарез, выявляемый в пробах Барре и Мингаццини. Сила в мышцах левой руки и ноги снижена до 4 баллов. Тонус повышен по пирамидному типу. Выявлен рефлекс Бабинского слева. Неяркая болевая и температурная гипестезия на коже левой руки.

Учитывая онкологическое заболевание в анамнезе и возможно метастатический характер опухоли мозга, больной

- не нуждается в проведении онкологического поиска, т.к. в данном наблюдении поиск нужно проводить только после получения гистологического материала опухоли, подтверждающего ее метастатическую природу
- не нуждается в проведении онкологического поиска, т.к. вне зависимости от диссеминации онкологического процесса показано срочное удаление опухолевого очага в головном мозге
- не нуждается в проведении онкологического поиска, т.к. представленная клиническая ситуация должна рассматриваться, как некурабельное состояние
- нуждается в проведении онкологического поиска в объеме: КТ грудной клетки и КТ брюшной полости, т.к. это определит дальнейшую лечебную тактику

Дополнительное КТ-исследование головного мозга с контрастом данному больному

- проводить не нужно, т.к. информативность МРТ-исследования в диагностике метастатического поражения головного мозга выше, чем информативность КТ

- проводить не нужно, т.к. КТ-исследование неинформативно в диагностике метастатического поражения головного мозга
- проводить не нужно, т.к. информативность МРТ- и КТ-исследований в диагностике метастатического поражения головного мозга абсолютно одинакова, эти исследования полностью взаимозаменяемы
- провести необходимо, т.к. информативность КТ при метастатическом поражении головного мозга выше, чем информативность МРТ

Люмбальная пункция больному с предполагаемым метастатическим поражением головного мозга

- является средством купирования отека мозга онкологической природы
- не требуется в связи с отсутствием диагностической ценности и риском нарастания вклинения после нее
- не показана в связи с высоким риском диссеминации онкологического процесса после поясничного прокола
- является обязательным исследованием, подтверждающим диагноз «метастатическая опухоль головного мозга»

Основной целью консультации офтальмолога у этого больного является

- контроль прозрачности хрусталика
- измерение внутриглазного давления
- определение остроты зрения
- осмотр глазного дна

На представленной МР-томограмме в режиме T1 без контрастирования (изображение А) выявляется участок яркого гиперинтенсивного сигнала, примыкающий к опухоли.

Эти изменения являются следствием

- возникновения свежего ишемического очага
- кровоизлияния в подострой фазе развития
- развития локальной демиелинизации
- отека мозга

Среди опухолей головного мозга кровоизлияния чаще встречаются при

- метастазах
- невриномах
- менингиомах
- пинеаломах

Обнаруженная опухоль (метастаз?) располагается в

- веществе головного мозга
- желудочках мозга
- костях черепа

- спинном мозге

Для метастазов типично

- отсутствие зоны перифокального отека в абсолютном большинстве случаев
- незначительное распространение перифокального отека; обычно, объем зоны отека значительно меньше, чем объем самого метастаза
- распространение отека только в пределах серого вещества и отсутствие его в белом веществе
- широкое распространение зоны перифокального отека белого вещества

Наиболее частой причиной метастатического поражения головного мозга в популяции является рак

- предстательной железы
- легкого
- почки
- толстого кишечника

Учитывая состояние больного, а также наличие и выраженность перифокального отека по данным МРТ, пациенту для проведения противоотечной терапии показано назначение

- глюкокортикоидов
- ингибиторов карбоангидразы
- осмотических диуретиков
- петлевых диуретиков

Использование осмотических диуретиков с целью уменьшения выраженности отека мозга у данного пациента

- нецелесообразно, т.к. эти препараты при метастатических опухолях головного мозга назначают только в случае клинических признаков прогрессирующей гипертензии и дислокационном синдроме
- бесперспективно; осмотические диуретики эффективно купируют отек мозга только при доброкачественных опухолях
- бесперспективно; осмотические диуретики неэффективны в лечении отека мозга, вызванного метастатическими опухолями
- является стандартом лечения, только осмотические диуретики эффективно снижают выраженность отека головного мозга, они являются препаратом выбора и всегда назначаются больным с первичными и метастатическими опухолями головного мозга, независимо от тяжести их состояния

Назначение антиконвульсантов данному больному

- нецелесообразно, т.к. эти препараты при метастатических опухолях головного мозга назначают только в случае клинических признаков прогрессирующей гипертензии и дислокационном синдроме
- бесперспективно; осмотические диуретики эффективно купируют отек мозга только при доброкачественных опухолях
- бесперспективно; осмотические диуретики неэффективны в лечении отека мозга, вызванного метастатическими опухолями
- является стандартом лечения, только осмотические диуретики эффективно снижают выраженность отека головного мозга, они являются препаратом выбора и всегда назначаются больным с первичными и метастатическими опухолями головного мозга, независимо от тяжести их состояния

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Г. 60 лет самостоятельно обратилась на прием к врачу-неврологу.

Жалобы

на головные боли, головокружение, тошноту, шаткость при ходьбе.

Анамнез заболевания

В течение последних трех лет начала ощущать постепенно нарастающую по интенсивности головную боль, которая в последние месяцы сопровождается тошнотой. Головные боли имеют «распирающий характер» и сильнее беспокоят в вечернее время. В последние две недели отметила нарастающую шаткость при ходьбе и головокружение. В это же время обратила внимание на ощущение онемения кожи левой половины лица. Самостоятельно выполнила МРТ-исследование головного мозга (рис. 1). После исследования обратилась на прием к неврологу.

Рис.1. МРТ исследование головного мозга выполнено в режиме T1 с контрастированием. Аксиальный срез проведен через структуры задней черепной ямки на уровне внутреннего слухового прохода.

Заключение МРТ. Выявлена опухоль левого мосто-мозжечкового угла. При внутривенном контрастировании опухоль интенсивно неравномерно накопила контрастное вещество.

Анамнез жизни

Хронических заболеваний и вредных привычек нет.

Объективный статус

Пациентка в сознании, контактна, адекватна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. В неврологическом статусе отмечается легкая гипестезия в зоне иннервации тройничного нерва слева, снижение корнеального и глоточного рефлексов слева, спонтанный горизонтальный нистагм, более выраженный при взгляде влево, а также незначительная интенция и мимопопадание при выполнении координаторных

проб левыми конечностями. Больная неустойчива в позе Ромберга, падает преимущественно в левую сторону.

Необходимым дообследованием при опухолях мосто-мозжечкового угла является

- нецелесообразно, т.к. эти препараты при метастатических опухолях головного мозга назначают только в случае клинических признаков прогрессирующей гипертензии и дислокационном синдроме
- бесперспективно; осмотические диуретики эффективно купируют отек мозга только при доброкачественных опухолях
- бесперспективно; осмотические диуретики неэффективны в лечении отека мозга, вызванного метастатическими опухолями
- является стандартом лечения, только осмотические диуретики эффективно снижают выраженность отека головного мозга, они являются препаратом выбора и всегда назначаются больным с первичными и метастатическими опухолями головного мозга, независимо от тяжести их состояния

Результаты обследования

Большинство опухолей мосто-мозжечкового угла представляют собой

- эпидермоидные кисты
- невриномы
- метастазы
- менингиомы

Проводить рентгеновскую КТ головного мозга для уточнения диагноза у данной больной

- не требуется, рентгеновская КТ не используется в диагностике опухолей мосто-мозжечкового угла в связи с низкой информативностью при этой патологии
- необходимо, КТ является приоритетным исследованием, а выполнение МРТ обязательно
- необязательно, рентгеновская КТ и МРТ головного мозга при опухолях мосто-мозжечкового угла имеют одинаковую информативность и полностью взаимозаменяемы, выбор методики визуализации определяется только предпочтением лечебного учреждения и наличием диагностического оборудования
- необходимо в дополнение к МРТ

Практически всегда невриномы мосто-мозжечкового угла растут из

+ _____ + нерва

- лицевого
- языкоглоточного
- тройничного
- вестибулоухокохлеарного

Невринома слухового нерва является опухолью

- внутримозговой высокой степени злокачественности
- доброкачественной немозговой
- внутримозговой низкой степени злокачественности
- злокачественной немозговой

Возникновение опухолей слухового нерва с двух сторон типично для

- синдрома фон Гиппеля – Линдау
- нейрокожного меланоза
- нейрофиброматоза первого типа
- нейрофиброматоза второго типа

Головные боли при опухолях головного мозга, как правило

- не связаны непосредственно с опухолевым поражением мозга
- являются признаком дизрезорбтивной гидроцефалии и возникают только на ее фоне
- являются следствием реактивного менингита, возникающего при опухолях
- возникают вследствие внутричерепной гипертензии

Снижение глоточного рефлекса, выявленное у пациентки, вызвано компрессией

+ _____ + нерва

- лицевого
- тройничного
- языкоглоточного
- подъязычного

Назначение антиконвульсантов данной пациентке

- необходимо, в случае выявления невриномы слухового нерва назначение антиконвульсантов обязательно
- показано только в случае удаления опухоли, т.к. после любой внутричерепных операций антиконвульсанты должны назначаться в обязательном порядке
- не показано, т.к. они не дают эффекта при опухолях головного мозга вне зависимости от природы и расположения опухоли
- не показано в связи с отсутствием риска возникновения эпилептических припадков при опухолях мосто-мозжечкового угла

При наличии противопоказаний к оперативному лечению альтернативным методом будет

- лучевая терапия
- паллиативная шунтирующая операция
- химиотерапия

- таргетная терапия

При наблюдении за пациентом с невриномой слухового нерва, которому не проводилась операция или радиохирургическое воздействие, повторять неврологические осмотры и МРТ-исследования необходимо

- только при появлении клинических проявлений поражения лицевого нерва
- только при снижении зрения и появлении застойных изменений на глазном дне
- с частотой один раз в 3-5 лет
- не реже 1 раза в год

Вероятность рецидива после полного удаления шванномы составляет +_____+ %

- только при появлении клинических проявлений поражения лицевого нерва
- только при снижении зрения и появлении застойных изменений на глазном дне
- с частотой один раз в 3-5 лет
- не реже 1 раза в год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет доставлен в приемное отделение больницы в сопровождение жены для осмотра врачом-неврологом.

Жалобы

на головные боли, ощущение тошноты в утренние часы, периодическое двоение в глазах.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, в течение последних трех месяцев начали беспокоить головные боли. Пациент характеризует их, как боли сжимающего характера, распространяющиеся по всей голове. В течение месяца жена отметила, что больной начал периодически «замирать», отключаться от разговора на несколько секунд. Нынешним утром, находясь дома, со слов жены, внезапно упал, не вступал в контакт, жена отметила судороги во всем теле, «пену изо рта». В данном состоянии находился около 5 минут, после чего приступ самостоятельно купировался. Сознание восстановилось, больной вновь стал контактен. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. Доставлен в стационар бригадой СМП с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения». У невролога по поводу эпилепсии ранее не наблюдался, антиконвульсанты не принимал.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. Пациент курит с молодости. Ранее употреблял алкоголь, но в течение трех последних лет от алкоголя полностью отказался.

Объективный статус

Пациент в сознании, контактен, ориентирован в месте, времени и собственной личности. О том, что с ним случилось, не помнит. Критика к своему состоянию снижена. Мышечный

тонус слегка повышен в левых конечностях по пирамидному типу. При оценке полей зрения создается впечатление о правосторонней гемианопсии.

Дополнительная информация

Клиническая картина включает в себя эписиндром в виде абсансов в сочетании с общесудорожным припадком и нарастающей по интенсивности головной болью. Это позволяет заподозрить наличие объемного образования головного мозга (опухоль?).

Для уточнения диагноза больному необходимо провести

- только при появлении клинических проявлений поражения лицевого нерва
- только при снижении зрения и появлении застойных изменений на глазном дне
- с частотой один раз в 3-5 лет
- не реже 1 раза в год

Результаты обследования

Для контрастирования при МРТ-исследовании головного мозга с целью диагностики возможной опухоли используется

- натрия амидотризоат
- гадолиний
- пентетреотид
- йогексол

Увеличение объема опухоли мозга в ограниченном объеме полости черепа вызывает

- воспалительные изменения в ликворе
- воспалительные изменения прилежащего мозгового вещества с развитием очага энцефалита
- нарушение нервно-мышечной передачи
- внутричерепную гипертензию

Опухолевый процесс у пациента поражает левую височную долю, что может привести к

- вклинению поясной извилины под фалькс
- височно-тенториальному вклинению с преимущественной компрессией правой ножки мозга
- тенториальному вклинению мозжечка
- височно-тенториальному вклинению с преимущественной компрессией левой ножки мозга

При осмотре офтальмологом у больного выявлена правосторонняя гомонимная гемианопсия. Она вызвана

- тракционным повреждением левого зрительного нерва на фоне грубой деформации мозга
- неопухолевым поражением и является случайной находкой
- опухолевой компрессией и инфильтрацией области зрительной лучистости
- опухолевой инфильтрацией затылочной доли

Наличие у пациента абсансов является следствием

- опухолевой компрессии и инфильтрации медио-базальных отделов височной доли
- нарушения функции ствола вследствие дислокации мозга
- поражения глазничных извилин лобной доли
- нарушения функции зрительной лучистости

Проведение рентгеновской КТ головного мозга для уточнения диагноза данному больному

- не требуется, рентгеновская КТ не используется в диагностике опухолей головного мозга в связи с низкой информативностью при этой патологии
- необходимо, т.к. его информативность при опухолях головного мозга выше, чем информативность МРТ-исследования
- не требуется, т.к. МРТ является методом выбора при диагностике опухолей головного мозга
- нецелесообразно; рентгеновская КТ и МРТ головного мозга имеют одинаковую информативность при внутримозговых опухолях и полностью взаимозаменяемы, выбор методики визуализации определяется только предпочтением лечебного учреждения

Пациенту с опухолью мозга, находящемуся в ясном сознании, с целью купирования отека в качестве первой линии терапии показаны

- осмотические диуретики
- антигистаминные препараты
- неосмотические диуретики
- глюкокортикоиды

Назначение осмотических диуретиков при опухолях головного мозга требуется

- всем больным независимо от их состояния; осмотические диуретики являются единственно эффективными препаратами при лечении отека мозга онкологической природы, поэтому данный больной нуждается в немедленном назначении осмотических диуретиков
- только пациентам с доброкачественными опухолями головного мозга; осмотические диуретики неэффективны при лечении отека головного мозга у больных со злокачественными опухолями, поэтому назначение осмотических диуретиков данному больному не показано
- только пациентам со злокачественными опухолями головного мозга; осмотические диуретики неэффективны при лечении отека головного мозга у больных с

доброкачественными опухолями, поэтому назначение осмотических диуретиков данному больному показано

- только при появлении клинических признаков нарушения сознания вследствие внутричерепной гипертензии и дислокационного синдрома, поэтому данный больной в назначении осмотических диуретиков не нуждается

Для купирования отека мозга при опухолях обычно назначают

- дексаметазон в дозе 4-8 мг два или три раза в день внутримышечно, суммарная доза колеблется в диапазоне от 8 до 24 мг
- дексаметазон в дозе 10-12 мг четыре раза в сутки внутримышечно, суммарная доза колеблется в диапазоне от 40 до 48 мг
- бетаметазон в дозе 1 мг один раз в три дня внутримышечно
- дексаметазон в дозе 24 мг два или три раза в сутки внутривенно капельно, суммарная доза колеблется в диапазоне от 48 до 72 мг

Наиболее частым и опасным осложнением терапии глюкокортикоидами у больных с опухолями мозга является

- стероидный психоз
- образование эрозий и язв слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки
- прибавка в весе
- бессонница

Назначение антиконвульсантов больному

- стероидный психоз
- образование эрозий и язв слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки
- прибавка в весе
- бессонница

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет доставлен в приемное отделение больницы в сопровождении родственников.

Жалобы

Жалобы выявить сложно в связи с речевыми расстройствами.

Анамнез заболевания

За 4 недели до поступления больной начал жаловаться на боли в левой половине лица, родственники стали замечать у него выбухание мягких тканей в левой надскуловой области. Через 2 недели, со слов родственников, начал плохо понимать обращенную

речь. В это же время появилось выбухание левого глаза; пациент отметил нарушение зрения на левый глаз.

Самостоятельно была выполнена КТ головного мозга без контрастного усиления.

Заключение КТ-исследования: Объемное образование (опухоль) области полюса левой височной доли. Прорастание опухоли в полость левой орбиты с формированием экзофтальма, а также в левую половину основной пазухи и в мягкие ткани подвисочной ямки. (рис.1).

Рис.1. Представлен один из срезов КТ-исследования, на котором видно прорастание опухоли в левую орбиту (1) и в левую половину основной пазухи (2). Отчетливо виден экзофтальм (3).

Анамнез жизни

В течение 9 лет страдает гипертонической болезнью. Регулярно получает лекарственную терапию. АД контролирует самостоятельно. Поддерживает АД на цифрах 140/100 мм рт.ст. Вредных привычек не имеет.

Год назад у пациента был выявлен рак предстательной железы. Диагноз верифицирован с помощью биопсии железы. В момент установления диагноза была проведена сцинтиграфия костей скелета и выявлены множественные метастазы в костную ткань. В течение года больной получал гормональную противоопухолевую терапию.

Отрицательной динамики в состоянии не отмечалось.

После проведения КТ-исследования с диагнозом «опухоль головного мозга» бригадой СМП доставлен в приемное отделение больницы, где осматривается врачом-неврологом.

Объективный статус

Больной в сознании, но доступен только элементарному контакту в связи с речевыми расстройствами. При осмотре выявляется экзофтальм слева, амавроз слева, нарушение болевой и температурной чувствительности с левой половины лица. Чувствительные расстройства наиболее отчетливо выражены в лобной области. Роговичный рефлекс слева грубо снижен. Отмечается оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При общении выявляется картина сенсорной афазии: плохо понимает обращенную речь. В собственной речи отчетливо выявляются элементы вербальной и литеральной парафазий.

Учитывая онкологическое заболевание в анамнезе и возможно метастатический характер опухоли мозга, больной

- не нуждается в проведении онкологического поиска, т.к. показано срочное удаление опухолевого очага в головном мозге
- не нуждается в проведении онкологического поиска, т.к. обнаруженная опухоль не имеет метастатической природы
- нуждается в проведении онкологического поиска в объеме: КТ грудной клетки и КТ брюшной полости
- не нуждается в проведении онкологического поиска, т.к. заболевание представляет собой некурабельное состояние

Проведение МРТ головного мозга с контрастным усилением больному

- не нуждается в проведении онкологического поиска, т.к. показано срочное удаление опухолевого очага в головном мозге
- не нуждается в проведении онкологического поиска, т.к. обнаруженная опухоль не имеет метастатической природы
- нуждается в проведении онкологического поиска в объеме: КТ грудной клетки и КТ брюшной полости
- не нуждается в проведении онкологического поиска, т.к. заболевание представляет собой некурабельное состояние

Дополнительная информация

Проведение МРТ головного мозга с контрастным усилением

Рис. 2. Результаты сканирования головного мозга в аксиальной плоскости в режимах: +
 А – T2; +
 Б – FLAIR; +
 В – T1 без контраста; +
 Г – T1 с контрастированием.

При проведении МРТ у больного обнаружена опухоль, интенсивно накапливающая контрастное вещество, с выраженным перифокальным отеком (рис.2). Выраженный перифокальный отек хорошо виден во всех режимах.

Наличие выраженного перифокального отека мозга типично для

- метастатических опухолей
- холестеатом
- глиальных опухолей низкой степени злокачественности
- кавернозных ангиом

При осмотре офтальмологом у пациента выявлен амавроз слева. Он вызван

- компрессией хиазмы, вызванной отеком височной доли
- нарушением функции левой затылочной доли за счет отека мозга
- компрессией зрительного нерва опухолевыми массами в орбите
- разрушением зрительной лучистости, вызванным опухолью

Боли в левой половине лица и нарушение чувствительности в зоне болей связаны с

- компрессией верхне-шейных сегментов спинного мозга за счет опухолевого (метастатического) поражения позвонков
- нарушением функции ядра тройничного нерва в варолиевом мосту и продолговатом мозге на фоне дислокации мозга
- невралгией тройничного нерва вследствие распространения опухоли в твердую мозговую оболочку в средней черепной ямке
- паранеопластическим синдромом

Преобладание расстройств чувствительности в лобной области связано с поражением

- первой ветви тройничного нерва (глазничный нерв)
- третьей ветви тройничного нерва (нижнечелюстной нерв)
- тригеминального ганглия
- второй ветви тройничного нерва (верхнечелюстной нерв)

Снижение роговичного рефлекса слева, выявленное при неврологическом осмотре, является следствием поражения + _____ + нерва

- зрительного
- тройничного
- блуждающего
- глазодвигательного

Сенсорная афазия представляет собой нарушение

- понимания речи
- понимания логико-грамматических структур
- правильного называния предметов, хотя больной знает их назначение
- произношения звуков, при сохранении понимания обращенной речи

Литеральная парафазия представляет собой

- повторение произнесенного уже слова или слога при попытке вербального общения
- замену слов в предложении
- замену звука или буквы в слове на другие звуки и буквы
- спонтанное многократное повторение слова или слов, произнесенных врачом

Сенсорная афазия возникает при поражении определенной части

- теменной доли доминантного полушария
- лобной доли доминантного полушария
- височной доли доминантного полушария
- лобных долей с двух сторон

Учитывая состояние больного, а также наличие и выраженность перифокального отека по данным МРТ, пациенту для проведения противоотечной терапии показано назначение

- петлевых диуретиков
- осмотических диуретиков
- ингибиторов карбангидразы
- глюкокортикоидов

Для купирования отека мозга при опухолях в качестве глюкокортикоида обычно назначают

- петлевых диуретиков
- осмотических диуретиков
- ингибиторов карбангидразы
- глюкокортикоидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 43 лет доставлен в больницу бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

Активно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Анамнез собран со слов родственников, которые рассказали, что больной в течение 10 лет употребляет амфетамин. К врачам не обращался.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет, употребляет амфетамин.
- * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 90 кг, рост – 183 см. Видимые повреждения в области лица, головы отсутствуют. Температура тела – 38,9°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски, на ощупь сухие. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 140 в минуту. Артериальное давление – 180/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное.

Уровень сознания – сопор. Выявляются менингеальные симптомы: ригидность шейных мышц и симптом Кернига положителен с обеих сторон. Глазные щели, зрачки равные, опущен правый угол рта, девиация языка вправо, движения в правых конечностях отсутствуют, движения в левых конечностях сохранены, сухожильные рефлексы высокие, асимметричные с преобладанием справа, выявляется симптом Бабинского, Гордона, Оппенгейма справа. Мышечный тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- петлевых диуретиков
- осмотических диуретиков

- ингибиторов карбангидразы
- глюкокортикоидов

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- петлевых диуретиков
- осмотических диуретиков
- ингибиторов карбангидразы
- глюкокортикоидов

Результаты инструментальных методов обследования

Обязательным методом функциональной диагностики при поступлении в стационар пациента с указанием на употребление амфетамина является

- петлевых диуретиков
- осмотических диуретиков
- ингибиторов карбангидразы
- глюкокортикоидов

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является отравление амфетамином, осложненное

- петлевых диуретиков
- осмотических диуретиков
- ингибиторов карбангидразы
- глюкокортикоидов

При подозрении на отравление амфетамином рекомендовано проведение + _____ + исследования крови

- токсикологического
- клинического
- иммунологического
- биохимического

Дальнейшее лечение и обследование больного должно проводиться в

- стационаре – в отделении реанимации и интенсивной терапии
- стационаре – в неврологическом отделении общего профиля
- поликлинике под наблюдением врача-токсиколога
- поликлинике под наблюдением врача-невролога

При выраженной гипертермии более 38,5 °С следует исключить прежде всего

- энцефалит
- сепсис
- менингит
- миелит

С целью коррекции гипертермии при отравлении амфетамином показано назначение

- диазепама
- колдрекса
- ацетилсалициловой кислоты
- парацетамола

Рекомендовано с целью усиления эффекта очищения пищеварительного тракта использовать активированный уголь, если с момента приема амфетамина прошло не более + _____ + часов

- 8
- 2
- 6
- 4

У пациентов с отравлением амфетамином при проведении инфузионной терапии необходимо восстановление диуреза не менее + _____ + мл/кг в час

- 0,2
- 0,1
- 0,4
- 0,5

При отравлении амфетамином рекомендована инфузионная терапия не менее + _____ + мл/кг

- 25-30
- 10-15
- 5-10
- 15-20

Одним из наиболее опасных осложнений внутримозговой гематомы является + _____ + синдром

- 25-30
- 10-15
- 5-10
- 15-20

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 53 лет доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

Активно жалоб не предъявляет

Анамнез заболевания

Женщина была обнаружена прохожими лежащей на тротуаре, на оклики не реагировала. Прохожими была вызвана бригада скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Не известен

Объективный статус

Видимые повреждения в области лица, головы, живота, поясницы отсутствуют. Температура тела – 36,5°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Отмечается легкий акроцианоз. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 20 в минуту. В выдыхаемом воздухе отмечается запах этилового спирта. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 89 в минуту. Артериальное давление – 130/90 мм рт.ст. Уровень сознания – кома. На вербальные стимулы не реагирует. На болевое раздражение реагирует сгибанием конечности. Менингеальных симптомов нет. Отмечается преходящая анизокория, «игра зрачков». Реакция зрачков на свет отсутствует. Корнеальный рефлекс снижен. Лицо симметричное. Язык во рту расположен по средней линии. Мышечный тонус в конечностях умеренно снижен. Сухожильные рефлексы симметрично снижены. Рефлекс Бабинского вызывается с двух сторон при первичной проверке, затем быстро истощается и при повторном вызывании – отсутствует.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 25-30
- 10-15
- 5-10
- 15-20

Результаты лабораторных методов обследования

При заборе крови на этанол, другие спирты и летучие соединения кожу в месте введения иглы для забора крови нельзя обрабатывать

- фурацилином
- этиловым спиртом
- хлоргексидином

- перекисью водорода

Для дифференциальной диагностики отравления алкоголем и метанолом рекомендовано определение

- фурацилином
- этиловым спиртом
- хлоргексидином
- перекисью водорода

Результаты обследования

Средняя концентрация алкоголя в крови при поступлении больных в коматозном состоянии составляет + _____ + (в г/л)

- 0,9-1,9
- 8,0-12,5
- 0,3-0,9
- 3,0-5,5

При подозрении на позиционную травму у пациентов с отравлением алкоголем рекомендовано определение в крови и моче уровня

- 0,9-1,9
- 8,0-12,5
- 0,3-0,9
- 3,0-5,5

Результат обследования

Диагнозом, который можно предположить после проведения физикального обследования пациентки, является

- 0,9-1,9
- 8,0-12,5
- 0,3-0,9
- 3,0-5,5

В стационаре всем пациентам с отравлением алкоголем необходимо начинать лечение с

- внутривенного введения плазмозамещающих растворов
- восстановления адекватной легочной вентиляции
- внутривенного введения раствора глюкозы
- тщательного зондового промывания желудка

У пациентов с острым отравлением этанолом в состоянии поверхностной неосложненной комы для восстановления адекватной легочной вентиляции проводят

- аспирацию содержимого верхних дыхательных путей с использованием воздуховода
- искусственную вентиляцию легких
- интубацию трахеи
- только санацию ротовой полости

Для коррекции метаболического ацидоза рекомендовано использование раствора

- глюкозы 5%
- декстрозы 10-20%
- натрия гидрокарбоната 3-5%
- натрия хлорида 0,9%

Для ускорения метаболизма этанола рекомендовано внутривенное введение раствора

- глюкозы 5%
- тиоктовой кислоты 0,5%
- натрия хлорида 0,9%
- декстрозы 10-20%

Для профилактики токсической посталкогольной энцефалопатии Вернике рекомендовано введение

- тиамина
- аскорбиновой кислоты
- никотиновой кислоты
- пиридоксина

Для более интенсивного выделения этанола рекомендовано использование

- тиамина
- аскорбиновой кислоты
- никотиновой кислоты
- пиридоксина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 29 лет доставлен в больницу бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

Активно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Анамнез собран со слов родственников, которые рассказали, что больной в течение нескольких лет употребляет кокаин. Месяц назад у пациента был эпизод падения с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в конечностях, к врачам не обращался.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет, употребляет кокаин.
- * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 80 кг, рост – 177 см. Видимые повреждения в области лица, головы отсутствуют. Температура тела – 38,7 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски, на ощупь сухие. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 110 в минуту. Артериальное давление – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное.

Уровень сознания – сопор. Выявляются менингеальные симптомы: ригидность шейных мышц и симптом Кернига положителен с обеих сторон, глазные яблоки повернуты вправо, симптом «паруса» правой щеки, движения в правых конечностях отсутствуют, движения в левых конечностях сохранены, справа рефлексы повышены и выявляется симптом Бабинского. Мышечный тонус в правых конечностях повышен по типу «складного ножа».

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- тиамин
- аскорбиновой кислоты
- никотиновой кислоты
- пиридоксина

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- тиамин
- аскорбиновой кислоты
- никотиновой кислоты
- пиридоксина

Результаты инструментальных методов обследования

Обязательным методом функциональной диагностики при поступлении в стационар пациента с указанием на употребление кокаина является

- тиамин
- аскорбиновой кислоты
- никотиновой кислоты
- пиридоксина

Результат обследования

Предполагаемым основным диагнозом является отравление кокаином, осложненное

- тиамин
- аскорбиновой кислоты
- никотиновой кислоты
- пиридоксина

При подозрении на отравление кокаином рекомендовано проведение + _____ + исследования крови

- токсикологического
- иммунологического
- биохимического
- клинического

Дальнейшее лечение и обследование больного должно проводиться в

- стационаре – в неврологическом отделении общего профиля
- поликлинике под наблюдением врача-токсиколога
- стационаре – в отделении реанимации и интенсивной терапии
- поликлинике под наблюдением врача-невролога

При температуре более 38,5 °С необходима дифференциальная диагностика прежде всего с

- миокардитом
- менингитом
- пневмонией
- пиелонефритом

С целью коррекции гипертермии при отравлении кокаином показано назначение

- парацетамола
- цефазолина
- диазепама
- ацетилсалициловой кислоты

При возникновении признаков ишемии миокарда при отравлении кокаином показано назначение

- нитратов
- нимодипина
- лидокаина
- бета-блокаторов

У пациентов с отравлением кокаином при выявлении гипернатриемии для инфузионной терапии используют раствор

- декстрозы 5%
- тиоктовой кислоты 0,5%
- аскорбиновой кислоты 5%
- натрия хлорида 0,9%

Хирургическое лечение показано при размере внутримозговой гематомы (в мл)

- менее 40
- более 40
- менее 10
- более 10

Осложнением внутримозговой гематомы, которое требует экстренного хирургического лечения, является

- менее 40
- более 40
- менее 10
- более 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет пришел на консультацию к врачу-неврологу

Жалобы

на онемение, жжение, покалывание в стопах, пальцах рук, слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе, особенно в темноте

Анамнез заболевания

Онемение, жжение, покалывание в стопах появилось 3-4 месяца назад, затем постепенно пациент стал отмечать неустойчивость и пошатывание при ходьбе по улице в темное время суток, около месяца стала беспокоить слабость в ногах и онемение пальцев рук. Злоупотребляет алкоголем около 10 лет.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет.
- * Курит, злоупотребляет алкоголем.
- * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 76 кг, рост – 174 см. Температура тела – 36,5 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 77 в минуту. Артериальное давление – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное. Стул был вчера.

Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные, реакция зрачков на свет живая, лицо симметричное, язык во рту по средней линии. Слабость до 4 баллов в дистальных отделах рук и до 3 баллов в дистальных отделах ног, гипотрофия мышц конечностей с преобладанием в дистальных отделах, отсутствие ахилловых и карпорадиальных рефлексов, снижение всех видов чувствительности по типу «перчаток» и «носков», положительная проба Ромберга, промахивание при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб с закрытыми глазами.

У пациента отмечается + _____ + тип расстройства чувствительности

- мононевропатический
- сегментарно-корешковый
- проводниковый
- полиневропатический

Двигательные нарушения у пациента проявляются

- смешанным тетрапарезом
- центральным тетрапарезом
- периферическим тетрапарезом
- периферическим парапарезом

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- смешанным тетрапарезом
- центральным тетрапарезом
- периферическим тетрапарезом
- периферическим парапарезом

Результат инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- смешанным тетрапарезом
- центральным тетрапарезом
- периферическим тетрапарезом
- периферическим парапарезом

У пациента отмечается + _____ + форма алкогольной полинейропатии

- сенсорная
- сенсомоторная
- моторная
- множественная

По данным электронейромиографии для алкогольной полинейропатии характерна

- аксонопатия с вторичной миелинопатией
- миелинопатия без аксонопатии
- аксонопатия без вторичной миелинопатии
- миелинопатия с вторичной аксонопатией

Важную роль в патогенезе алкогольной полинейропатии играет дефицит витамина

- В1
- А
- С
- Е

Для эффективного лечения алкогольной полинейропатии необходимо

- полностью отказаться от приема алкоголя
- выпивать не более 150 мл алкоголя в день
- выпивать не более 100 мл алкоголя в день
- выпивать не более 200 мл алкоголя в день

При лечении алкогольной полинейропатии пациенту назначают диету, содержащую большое количество

- витаминов
- углеводов
- жиров
- белков

Для лечения нейропатической боли у пациентов с алкогольной полинейропатией целесообразно назначение

- габапентина
- мелоксикама
- метамизола натрия

- нимесулида

Для улучшения метаболических процессов в периферических нервах назначают + _____ + кислоту

- тиоктовую
- янтарную
- аминакапроновую
- ацетилсалициловую

Среди антидепрессантов наиболее эффективным для лечения болевого синдрома при алкогольной полинейропатии является

- тиоктовую
- янтарную
- аминакапроновую
- ацетилсалициловую

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 20 лет доставлена в больницу бригадой скорой медицинской помощи

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет

Анамнез заболевания

Анамнез собран со слов брата, который рассказал, что пациентка в течение 2 лет употребляет кокаин. Сегодня на фоне приема кокаина возникла резкая головная боль, тошнота, многократная рвота.

Анамнез жизни

* Хронических заболеваний нет.

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет, употребляет кокаин.

* Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 60 кг, рост – 167 см. Видимые повреждения в области лица, головы отсутствуют. Температура тела – 37,5 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски, на ощупь сухие. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 100 в минуту. Артериальное давление – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное. Стул был вчера.

В сознании. Возбуждена, ажитирована, мечется в постели. Выявляются менингеальные симптомы: ригидность шейных мышц и симптомы Кернига и Брудзинского

положительны с обеих сторон. Глазные щели, зрачки равные. Объем движений глазных яблок полный. Лицо симметричное. Слух ориентировочно не снижен. Дисфагии, дисфонии, дизартрии нет. Язык при выведении из полости рта по средней линии. Мышечная сила в руках не снижена, в ногах достаточная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с рук и ног высокие с клонусами с двух сторон. Патологических рефлексов нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- тиоктовую
- янтарную
- аминакапроновую
- ацетилсалициловую

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- тиоктовую
- янтарную
- аминакапроновую
- ацетилсалициловую

Результаты инструментального метода обследования

Обязательным методом функциональной диагностики при поступлении в стационар пациента с указанием на употребление кокаина является

- тиоктовую
- янтарную
- аминакапроновую
- ацетилсалициловую

Результат обследования

Предполагаемым основным диагнозом является Отравление кокаином, осложненное

- тиоктовую
- янтарную
- аминакапроновую
- ацетилсалициловую

При подозрении на отравление кокаином рекомендовано проведение

+ _____ + исследования крови

- биохимического
- клинического
- токсикологического
- иммунологического

Дальнейшее лечение и обследование больного должно проводиться в стационаре в отделении

- терапевтическом
- кардиологическом
- неврологическом
- реанимации и интенсивной терапии

При отравлении кокаином при развитии менингеального синдрома необходима дифференциальная диагностика прежде всего с

- пневмонией
- миелитом
- энцефалитом
- менингитом

При выраженной ажитации при отравлении кокаином лечение следует начинать с

- амитриптилина
- галоперидола
- диазепама
- пирацетама

При возникновении признаков ишемии миокарда при отравлении кокаином показано назначение

- лидокаина
- нитратов
- бета-блокаторов
- нимодипина

У пациентов с отравлением кокаином при развитии субарахноидального кровоизлияния для профилактики вазоспазма используют

- нимодипин
- цитиколин
- пирацетам
- винпоцетин

При серотонинергическом синдроме, вызванном приемом кокаина (тремор, дрожь, гипертермия, саливация, ажитация, спутанность), показано применение

- хлорпромазина
- дулоксетина
- эсциталопрама
- церебролизина

Осложнением субарахноидального кровоизлияния, которое требует экстренного хирургического лечения, является

- хлорпромазина
- дулоксетина
- эсциталопрама
- церебролизина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет доставлен в больницу бригадой скорой медицинской помощи

Жалобы

Активно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Анамнез собран со слов родственников, которые рассказали, что больной в течение 3 лет употребляет амфетамин. За это время у пациента было 5 эпизодов падения с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в конечностях, к врачам не обращался. Сегодня после приема амфетамина возникла серия приступов с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами, которые становились все чаще и затем пациент перестал приходить в сознание в промежутках между приступами тонико-клонических судорог.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет, употребляет амфетамин.
- * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 75 кг, рост – 170 см. Отмечается гематома в затылочной части головы. Температура тела – 38,5 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски, на ощупь сухие. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Частота сердечных сокращений 140 в минуту. Артериальное давление 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное. Уровень сознания – кома. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные, реакция зрачков на свет отсутствует, лицо симметричное, язык во рту по средней линии движения в конечностях сохранены, сухожильные рефлексы высокие, с клonusами с двух

сторон, выявляется двусторонний симптом Бабинского. Мышечный тонус значительно не изменен.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- хлорпромазина
- дулоксетина
- эсциталопрама
- церебролизина

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения объемного образования головного мозга у пациента с отравлением амфетамином, эпилептическими припадками и подозрением на черепно-мозговую травму в первую очередь необходимо проведение

- хлорпромазина
- дулоксетина
- эсциталопрама
- церебролизина

Результаты обследования

Обязательным методом функциональной диагностики при поступлении в стационар пациента с указанием на употребление амфетамина является

- хлорпромазина
- дулоксетина
- эсциталопрама
- церебролизина

Результат обследования

Предполагаемым основным диагнозом является отравление амфетамином, осложненное

- хлорпромазина
- дулоксетина
- эсциталопрама
- церебролизина

При подозрении на отравление амфетамином рекомендовано проведение

+ _____ + исследования крови

- биохимического
- токсикологического

- иммунологического
- клинического

Дальнейшее лечение и обследование больного должно проводиться в

- поликлинике – под наблюдением врача-невролога
- стационаре – в кардиологическом отделении
- стационаре – в отделении реанимации и интенсивной терапии
- стационаре – в неврологическом отделении общего профиля

При выраженной гипертермии более 38,5 °С следует исключить прежде всего + _____ + заболевания ЦНС

- сосудистые
- демиелинизирующие
- дегенеративные
- инфекционные

С целью коррекции гипертермии при отравлении амфетамином показано назначение

- колдрекса
- диазепама
- ацетилсалициловой кислоты
- парацетамола

С целью лечения гипоксии при тяжелом отравлении психоактивными веществами показано назначение

- тиоктовой кислоты
- цитиколина
- вальпроевой кислоты
- янтарной кислоты

У пациентов с отравлением амфетамином при проведении инфузионной терапии необходимо восстановление диуреза не менее + _____ + мл/кг в час

- 0,5
- 0,4
- 0,2
- 0,1

При отравлении амфетамином, осложненном эпилептическим статусом, необходимо проводить профилактику

- отека головного мозга
- синдрома вклинения
- дислокационного синдрома

- окклюзионной гидроцефалии

При отравлении амфетамином, осложненном эпилептическим статусом, при рефрактерных судорогах назначают

- отека головного мозга
- синдрома вклинения
- дислокационного синдрома
- окклюзионной гидроцефалии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 53 лет пришла на консультацию к врачу-неврологу.

Жалобы

на онемение, покалывание в стопах, периодическое ощущение неустойчивости, чаще возникающее при ходьбе по улице в темное время суток.

Анамнез заболевания

Пациентка стала замечать онемение и покалывание в стопах около месяца назад, также обратила внимание на то, что вечером по улице ей идти сложнее, поскольку она испытывает ощущение неустойчивости. Муж пациентки сообщил, что пациентка злоупотребляет алкоголем около 5 лет.

Анамнез жизни

- * Страдает артериальной гипертензией, отмечает подъемы артериального давления до 180/100 мм рт.ст.
- * Курит, злоупотребляет алкоголем.
- * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 164 см. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 67 в минуту. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Мочеиспускание свободное. Стул был вчера

В неврологическом статусе: сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные, реакция зрачков на свет живая, лицо симметричное, язык – по средней линии. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметрично снижены, патологических рефлексов нет, отмечается снижение всех видов чувствительности с уровня нижней трети голени по типу «носков», легко положительная проба Ромберга,

пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет точно, интенционного тремора нет.

При неврологическом осмотре у пациентки выявлен синдром

- двигательных расстройств
- чувствительных расстройств
- перемежающейся хромоты
- тазовых нарушений

У пациентки выявлен + _____ + тип расстройства чувствительности

- проводниковый спинальный
- сегментарно-корешковый
- полиневропатический
- сегментарно-диссоциированный

Для подтверждения диагноза необходимым методом инструментального обследования является

- проводниковый спинальный
- сегментарно-корешковый
- полиневропатический
- сегментарно-диссоциированный

Результат инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- проводниковый спинальный
- сегментарно-корешковый
- полиневропатический
- сегментарно-диссоциированный

По данным неврологического осмотра и результатам электронейромиографии пациента выявлена + _____ + форма алкогольной полинейропатии

- сенсомоторная
- моторная
- вегетативная
- сенсорная

По данным электронейромиографии для алкогольной полинейропатии характерна

- аксонопатия с вторичной миелинопатией
- первичная прогрессирующая миелинопатия
- миелинопатия без аксонопатии
- миелинопатия с вторичной аксонопатией

Важным патогенетическим фактором алкогольной полинейропатии является дефицит витамина

- В1
- В12
- В6
- В5

Необходимым условием для эффективного лечения алкогольной полинейропатии является

- прекращение приема алкоголя
- прием алкоголя не чаще 1 раза в месяц
- уменьшение приема алкоголя
- прием алкоголя не чаще 1 раза в неделю

Для лечения алкогольной полинейропатии пациенту назначают диету, содержащую большое количество

- микроэлементов
- углеводов
- витаминов
- железа

Эффективным препаратом для лечения нейропатической боли у пациентов с алкогольной полинейропатией является

- нимесулид
- эторикоксиб
- ибупрофен
- габапентин

Для улучшения метаболизма в периферических нервах при алкогольной полинейропатии показано назначение + _____ + кислоты

- янтарной
- тиоктовой
- аминапроновой
- ацетилсалициловой

К немедикаментозным методам лечения алкогольной полинейропатии относят

- янтарной
- тиоктовой
- аминапроновой
- ацетилсалициловой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет пришла на консультацию к врачу-неврологу

Жалобы

на онемение, боли в ногах жгучего характера, ощущение «ползания мурашек», похолодание и зябкость в стопах, пошатывание при ходьбе, усиливающееся в темноте.

Анамнез заболевания

Пациентка заметила онемение, жгучие боли, ощущение «ползания мурашек», похолодание и зябкость в стопах около месяца назад, в течение которого выраженность этих симптомов значительно выросла. В течение последней недели пациентка стала замечать пошатывание при ходьбе, появилось ощущение «подушки» под ногами. Пациентка перестала выходить на улицу вечером, поскольку в темноте неустойчивость усиливается.

Анамнез жизни

* Страдает артериальной гипертензией около 7 лет, отмечает подъемы артериального давления до 180/100 мм рт.ст., постоянно принимает конкор 5 мг утром, год назад была диагностирована пароксизмальная форма мерцательной аритмии, назначен амиодорон 800 мг в сутки, который пациентка принимает до настоящего времени.

* Не курит, алкоголь не употребляет.

* Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 80 кг, рост – 164 см. Температура тела – 36,5 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 69 в минуту. Артериальное давление – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное. Стул был вчера.

В неврологическом статусе: сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные, реакция зрачков на свет живая, лицо симметричное, язык – по средней линии. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметрично снижены, ахилловы рефлексы отсутствуют с двух сторон, патологических рефлексов нет, отмечается снижение всех видов чувствительности в ногах по типу «носков» с гиперпатией и аллодинией в стопах, положительная проба Ромберга, пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно, пяточно-коленную пробу выполняет с промахиванием с закрытыми глазами.

При неврологическом осмотре у пациентки выявлены синдромы

- тазовых нарушений и двигательных расстройств
- двигательных расстройств и мозжечковой атаксии

- перемежающейся хромоты и вестибулярной атаксии
- чувствительных расстройств и сенситивной атаксии

У пациентки отмечается + _____ + тип расстройства чувствительности

- мононевропатический
- полиневропатический
- сегментарный
- проводниковый

Для подтверждения диагноза необходимым методом инструментального обследования является

- мононевропатический
- полиневропатический
- сегментарный
- проводниковый

Результаты инструментального метода обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- мононевропатический
- полиневропатический
- сегментарный
- проводниковый

По данным неврологического осмотра и результатам электронейромиографии у пациентки выявлена + _____ + форма полинейропатии

- сенсомоторная
- вегетативная
- моторная
- сенсорная

При наличии полиневропатического типа расстройства чувствительности по типу «носков» в ногах и сенситивной атаксии можно поставить топический диагноз

- поражение моторных волокон пояснично-крестцового сплетения
- поражение сенсорных волокон периферических нервов ног
- поражение моторных волокон периферических нервов ног
- поражение паравертебральных ганглиев с двух сторон

Важным патогенетическим фактором лекарственной полинейропатии при приеме амиодарона является

- спазм сосудов с вторичной ишемией периферических нервов

- прямое токсическое воздействие амиодарона на периферические нервы
- блокада передачи возбуждения в нервно-мышечных синапсах
- прямое токсическое воздействие амиодарона на ядра спинного мозга

Необходимым условием для эффективного лечения лекарственной полинейропатии является

- назначение диеты с повышенным содержанием витаминов
- отмена препарата, вызвавшего лекарственную полинейропатию
- назначение высоких доз витамина Е на длительный срок
- назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию

Важным дифференциально-диагностическим признаком лекарственной полинейропатии, вызванной приемом амиодарона, является

- наличие болевого синдрома, чувствительных расстройств в дистальных отделах ног и сенситивной атаксии
- регресс болевого синдрома на фоне назначения amitриптилина и возобновление болей после его отмены
- регресс симптомов полинейропатии после отмены препарата и нарастание симптомов после возобновления терапии этим лекарственным средством
- сохранение симптомов полинейропатии после отмены препарата и после возобновления терапии этим лекарственным средством

Препаратом выбора для лечения нейропатической боли у пациентов с лекарственной полинейропатией является

- метамизол натрия
- габапентин
- диазепам
- кеторолак

Для улучшения метаболизма в периферических нервах при лекарственной полинейропатии показано назначение

- церебролизина
- аминифенилмасляной кислоты
- тиоктовой кислоты
- пирацетама

Среди витаминов, необходимых для восстановления периферических нервов при лекарственной полинейропатии, важное значение имеют витамины

- церебролизина
- аминифенилмасляной кислоты
- тиоктовой кислоты
- пирацетама

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 54 лет пришла на консультацию к врачу-неврологу

Жалобы

на боли по наружной поверхности обеих голеней, чувство онемения, ползание «мурашек» в стопах.

Анамнез заболевания

Пациентка заметила боли по наружной поверхности обеих голеней около 2 месяцев назад, около месяца назад присоединилось ощущение онемения, ползание «мурашек» в стопах, в течение последней недели боли в ногах значительно усилились.

Анамнез жизни

* Страдает артериальной гипертензией около 7 лет, отмечает подъемы артериального давления до 190/100 мм рт.ст., постоянно принимает конкор 5 мг утром.

* В течение 4 месяцев принимает таблетки изониазид в дозе 600 мг в сутки для профилактики туберкулеза, поскольку сыну пациентки, проживавшему с ней в одной квартире, был поставлен диагноз «инfiltrативный туберкулез легких, двухсторонний, в фазе распада и обсеменения, МБТ+».

* Не курит, алкоголь не употребляет.

* Профессиональных вредностей не имеет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 56 кг, рост – 162 см. Температура тела – 36,5 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, отмечается акцент второго тона над аортой. Частота сердечных сокращений – 77 в минуту. Артериальное давление – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное. Стул регулярный.

В неврологическом статусе: сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные, реакция зрачков на свет живая, лицо симметричное, язык – по средней линии. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметрично снижены, коленные, ахилловы рефлексы отсутствуют с двух сторон, патологических рефлексов нет, отмечается снижение всех видов чувствительности в ногах по типу «носков» с гиперпатией по наружной поверхности голеней, положительная проба Ромберга, пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно, пяточно-коленную пробу выполняет с промахиванием с закрытыми глазами.

Ведущим неврологическим синдромом является синдром

- астено-невротический
- вегетативной дистонии

- двигательных расстройств
- чувствительных расстройств

У пациентки отмечается + _____ + тип расстройства чувствительности

- альтернирующий
- корешковый
- полиневропатический
- мононевропатический

Для подтверждения диагноза необходимым методом инструментального обследования является

- альтернирующий
- корешковый
- полиневропатический
- мононевропатический

Результаты инструментального метода обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- альтернирующий
- корешковый
- полиневропатический
- мононевропатический

По данным неврологического осмотра и результатам электронейромиографии у пациентки выявлена + _____ + форма полинейропатии

- вегетативная
- смешанная
- сенсорная
- моторная

Топическим диагнозом при наличии полиневропатического типа расстройства чувствительности по типу «носков» в ногах является поражение

- моторных волокон периферических нервов ног
- спинного мозга на уровне поясничного утолщения
- сенсорных волокон периферических нервов ног
- моторных волокон пояснично-крестцового сплетения

Важным патогенетическим фактором лекарственной полинейропатии при приеме изониазида является

- блокада передачи возбуждения в нервно-мышечных синапсах

- снижение уровня витамина А при приеме изониазида
- снижение уровня витамина В6 при приеме изониазида
- прямое токсическое воздействие изониазида на ядра спинного мозга

Необходимым условием для эффективного лечения лекарственной полинейропатии, вызванной приемом изониазида, является

- отмена или снижение дозы изониазида
- назначение диеты с повышенным содержанием белков
- назначение пентоксифиллина для улучшения микроциркуляции
- назначение высоких доз витамина А на длительных срок

Для профилактики развития лекарственной полинейропатии при назначении изониазида необходимо назначение

- витамина В6
- витамина В1
- ипидакрина
- витамина С

Препаратом выбора для лечения нейропатической боли у пациентов с лекарственной полинейропатией является

- мелоксикам
- метамизол натрия
- габапентин
- нимесулид

Для улучшения метаболизма в периферических нервах при лекарственной полинейропатии показано назначение

- пирацетама
- тиоктовой кислоты
- мексидола
- церебролизина

Для профилактики развития лекарственной полинейропатии при назначении изониазида витамин В6 назначают на

- пирацетама
- тиоктовой кислоты
- мексидола
- церебролизина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 43 лет пришел на консультацию к врачу-неврологу

Жалобы

на повышенную утомляемость, раздражительность, снижение аппетита, жгучие боли, онемение, ощущение «ползания мурашек» в кистях и стопах, пошатывание при ходьбе, усиливающееся в темноте.

Анамнез заболевания

Повышенная утомляемость, раздражительность, выпадение волос, снижение аппетита появились около года назад, за медицинской помощью не обращался. Жгучие боли, онемение, ощущение «ползания мурашек» в кистях и стопах появились месяц назад, в течение последних двух недель появились ощущение «подушки» под ногами, неустойчивость при ходьбе, усиливающаяся в темноте.

Анамнез жизни

- * Страдает хроническим эрозивным гастритом, хроническим эрозивным эзофагитом.
- * Курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно.
- * В течение последних 4 лет работает на производстве препаратов мышьяка для борьбы с вредителями в сельском хозяйстве.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 77 кг, рост – 178 см. Температура тела – 36,5 °С. На кожных покровах отмечаются участки покраснения с переходом в гиперпигментацию. Видимые слизистые оболочки гиперемированы, влажные. На ногтях отмечаются изменения в виде белых полос. Дыхание везикулярное, небольшое количество сухих хрипов по всем легочным полям, частота дыхания – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 82 в минуту. Артериальное давление – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное. Отмечаются склонность к запорам, стул был вчера.

В неврологическом статусе: сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные, реакция зрачков на свет живая, лицо симметричное, язык – по средней линии. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметрично снижены с двух сторон, патологических рефлексов нет, отмечается снижение всех видов чувствительности в кистях и стопах по типу «перчаток» и «носков» с гиперпатией и аллодинией, положительная проба Ромберга, пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с промахиванием с закрытыми глазами.

Ведущими неврологическими синдромами являются синдромы

- двигательных расстройств и мозжечковой атаксии
- паркинсонизма и вестибулярной атаксии
- когнитивных расстройств и тазовых нарушений
- чувствительных нарушений и сенситивной атаксии

У пациента отмечается + _____ + тип расстройства чувствительности

- проводниковый
- корешковый
- полиневропатический
- мононевропатический

Сенситивная атаксия развивается при

- нарушении глубокой чувствительности
- поражении двигательных волокон
- поражении вегетативных волокон
- нарушении поверхностной чувствительности

Отличительным признаком сенситивной атаксии является появление или значительное усиление атаксии при

- отсутствию слуховой стимуляции
- дополнительной когнитивной нагрузке
- смене двигательной программы
- отсутствию зрительного контроля

Для подтверждения диагноза необходимым методом инструментального обследования является

- отсутствию слуховой стимуляции
- дополнительной когнитивной нагрузке
- смене двигательной программы
- отсутствию зрительного контроля

Результаты инструментального метода обследования

Методом лабораторного обследования, который используется для подтверждения диагноза, является

- отсутствию слуховой стимуляции
- дополнительной когнитивной нагрузке
- смене двигательной программы
- отсутствию зрительного контроля

Результаты лабораторного метода обследования

Основным путем поступления мышьяка в организм человека на производстве является

- пероральный
- трансретинальный
- ингаляционный

- транскутанный

При наличии полиневропатического типа расстройства чувствительности в руках и ногах и сенситивной атаксии топическим диагнозом является поражение

- сенсорных волокон периферических нервов рук и ног
- моторных волокон периферических нервов рук и ног
- вегетативных волокон периферических нервов ног
- задних рогов и боковых канатиков спинного мозга

Предполагаемым основным диагнозом является

- сенсорных волокон периферических нервов рук и ног
- моторных волокон периферических нервов рук и ног
- вегетативных волокон периферических нервов ног
- задних рогов и боковых канатиков спинного мозга

Необходимым условием для эффективного лечения токсической полинейропатии при хронической интоксикации мышьяком и его соединениями является

- прекращение контакта с мышьяком и его соединениями
- полный отказ от курения
- снижение потребления углеводов
- повышение калорийности питания

Для выведения мышьяка из организма человека назначают

- актовегин
- унитиол
- мексидол
- дефероксамин

Препаратом выбора для лечения нейропатической боли у пациентов с токсической полинейропатией является

- актовегин
- унитиол
- мексидол
- дефероксамин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 39 лет доставлен в больницу бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

Активно жалоб не предъявляет

Анамнез заболевания

Анамнез собран со слов жены, которая рассказала, что больной в течение 10 лет злоупотребляет алкоголем. За это время у пациента было несколько эпизодов падений с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в конечностях, к врачам не обращался. В течение недели принимал алкоголь в высоких дозах. Два дня назад резко прекратил прием алкоголя, поскольку больше не имел средств на его приобретение. В течение этих двух дней пациент был возбужден, агрессивен. Сегодня возникла серия приступов с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами, которые становились все чаще и затем пациент перестал приходить в сознание в промежутках между приступами тонико-клонических судорог.

Анамнез жизни

* Хронических заболеваний нет.

* Курит 20 лет по пачке сигарет в день, злоупотребляет алкоголем около 10 лет.

* Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 67 кг, рост – 170 см. Отмечается гематома в правой височной части головы. Температура тела – 37,6 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски, на ощупь сухие. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 92 в минуту. Артериальное давление – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное.

Уровень сознания – кома. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные, реакция зрачков на свет отсутствует, лицо симметричное, язык во рту по средней линии, двигательная реакция в конечностях на болевое раздражение сохранена, сухожильные рефлексы высокие, с клонусами с двух сторон, выявляется двусторонний симптом Бабинского. Мышечный тонус значительно не изменен.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- актовегин
- унитиол
- мексидол
- дефероксамин

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения объемного образования головного мозга у пациента с хроническим алкоголизмом, эпилептическими припадками и подозрением на черепно-мозговую травму в первую очередь необходимо проведение

- актовегин
- унитиол
- мексидол
- дефероксамин

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- актовегин
- унитиол
- мексидол
- дефероксамин

Результаты лабораторного обследования

При заборе крови на этанол, другие спирты и летучие соединения кожу в месте введения иглы для забора крови нельзя обрабатывать

- хлоргексидином
- перекисью водорода
- фурацилином
- этиловым спиртом

Предполагаемым основным диагнозом является

- хлоргексидином
- перекисью водорода
- фурацилином
- этиловым спиртом

Дальнейшее лечение и обследование больного должно проводиться в

- стационаре в отделении реанимации и интенсивной терапии
- стационаре в неврологическом отделении общего профиля
- поликлинике под наблюдением врача-невролога
- стационаре в кардиологическом отделении

Эпилептический статус у пациентов с хроническим алкоголизмом часто возникают на фоне + _____ + синдрома

- атактического

- астенического
- абстинентного
- депрессивного

После эпилептических приступов у пациентов с хроническим алкоголизмом на фоне абстинентного синдрома часто развивается

- парепарез
- тетраплегия
- миастения
- делирий

Для профилактики токсической посталкогольной энцефалопатии Вернике рекомендовано введение

- пиридоксина
- никотиновой кислоты
- аскорбиновой кислоты
- тиамина

Для успешного лечения пациентов с эпилептическими припадками, связанными с употреблением алкоголя, необходимым условием является

- прием алкоголя только после еды
- уменьшение частоты приема алкоголя
- полный отказ от приема алкоголя
- постоянный прием малых доз алкоголя

При тонико-клоническом эпилептическом статусе, связанном с употреблением алкоголя, необходимо проводить профилактику

- окклюзионной гидроцефалии
- ишемического инсульта
- дислокационного синдрома
- отека головного мозга

При тонико-клоническом эпилептическом статусе, связанном с употреблением алкоголя, при рефрактерных судорогах назначают

- окклюзионной гидроцефалии
- ишемического инсульта
- дислокационного синдрома
- отека головного мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет пришел на консультацию к врачу-неврологу

Жалобы

на приступы с потерей сознания, судорогами, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием, которые возникают после приема алкоголя, сам пациент эти приступы не помнит, но знает о них со слов окружающих.

Анамнез заболевания

Пациент в течение 5 лет злоупотребляет алкоголем. Со слов жены за это время у пациента было 3 эпизода падений с потерей сознания, судорогами, прикусом языка, уриной, к врачам не обращался. Длительность приступа составляла около минуты. В период приступа сначала возникало напряжение всего тела, запрокидывание головы назад, затем развивались судороги в конечностях. Все приступы возникали на следующий день после прекращения приема высоких доз алкоголя. Обычно, когда пациент начинал принимать алкоголь, то он продолжал выпивать по бутылке водки в день в течение 3-5 дней. Последний приступ с потерей сознания и судорогами был 4 дня назад.

Анамнез жизни

* Страдает хроническим гастродуоденитом.

* Курит 15 лет по 1 пачке в день.

* Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 79 кг, рост – 175 см. Отмечается гематома в затылочной части головы. Температура тела – 36,5 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски, на ощупь сухие. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. На языке отмечаются следы прикуса. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 78 в минуту. Артериальное давление – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное. Стул был вчера.

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован правильно. Отмечается некоторая расторможенность, снижение критика. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные, реакция зрачков на свет живая, лицо симметричное, язык по средней линии, парезов нет, сухожильные рефлексы живые, симметричные с двух сторон, патологических рефлексов нет. Мышечный тонус не изменен. Чувствительных нарушений нет. В позе Ромберга устойчив. Проба Ромберга отрицательна. Координаторные пробы: пальценосовую и пяточно-коленную выполняет удовлетворительно. Пробы на дисметрию и дисдиадохокinez отрицательны.

Эпизоды падений с потерей сознания, судорогами, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием длительностью до 1 минуты наиболее характерны для

- кардиальных обмороков
- эпилептических приступов

- панических атак
- вазовагальных обмороков

Приступ с потерей сознания, падением, возникновением в начале приступа напряжения мышц всего тела с запрокидыванием головы назад, затем развитием судорог в конечностях является

- генерализованным миоклоническим
- генерализованным абсансом
- генерализованным тонико-клоническим
- фокальным без нарушения осознанности

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- генерализованным миоклоническим
- генерализованным абсансом
- генерализованным тонико-клоническим
- фокальным без нарушения осознанности

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения объемного образования головного мозга у пациента с эпилептическими припадками и подозрением на черепно-мозговую травму в первую очередь необходимо проведение

- генерализованным миоклоническим
- генерализованным абсансом
- генерализованным тонико-клоническим
- фокальным без нарушения осознанности

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- генерализованным миоклоническим
- генерализованным абсансом
- генерализованным тонико-клоническим
- фокальным без нарушения осознанности

Дальнейшее лечение и обследование больного должно проводиться в

- в стационаре в отделении реанимации и интенсивной терапии
- в стационаре в наркологическом отделении
- в стационаре в токсикологическом отделении
- амбулаторно под наблюдением врача-невролога

Эпилептические приступы у пациентов с хроническим алкоголизмом часто возникают на фоне + _____ + синдрома

- астенического
- атактического
- абстинентного
- депрессивного

После эпилептических приступов у пациентов с хроническим алкоголизмом на фоне абстинентного синдрома часто развивается

- парализ
- миастения
- тетраплегия
- делирий

Для успешного лечения пациентов с эпилептическими припадками, связанными с употреблением алкоголя, необходимым условием является

- прием алкоголя только после еды
- постоянный прием малых доз алкоголя
- полный отказ от приема алкоголя
- уменьшение частоты приема алкоголя

Опасным для жизни осложнением у пациентов с эпилептическими припадками, связанными с употреблением алкоголя, является развитие

- миопатического синдрома
- эпилептического статуса
- полинейропатического синдрома
- дегенерации мозжечка

Эффективность противоэпилептической терапии у пациентов с эпилептическими припадками, связанными с употреблением алкоголя, при продолжении употребления алкоголя

- средняя
- неизвестна
- низкая
- высокая

Прогноз для пациентов с эпилептическими припадками, связанными с употреблением алкоголя, при полном отказе от употребления алкоголя

- средняя
- неизвестна
- низкая

- ВЫСОКАЯ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет пришла на прием к врачу-неврологу

Жалобы

- на
- * двоение, более выраженное при взгляде вправо,
 - * опускание верхних век, больше к концу дня,
 - * нарушение речи, связанное с трудностями артикуляции, более выраженное после длительного разговора или к концу дня,
 - * периодически затруднение глотания жидкой пищи,
 - * слабость в проксимальных и дистальных отделах рук,
 - * одышка инспираторного характера.

Анамнез заболевания

Три месяца назад пациентка без значимых провоцирующих факторов отметила двоение в глазах при чтении книги, а также опускание левого, а затем и правого века. Выраженность данных симптомов усиливалась после зрительной нагрузки. Через 1 месяц пациентка отметила слабость мышц языка (не могла облизать верхнюю губу), а также нарушение речи и тембра голоса (стал глухим) и периодически – нарушение глотания при приеме жидкой пищи. Еще через 1 месяц присоединилась слабость мышц рук и плечевого пояса. Все симптомы были минимально выражены после ночного сна и усиливались после физической, зрительной и речевой нагрузки. Ухудшение состояния пациентка отметила на фоне приема тригрима (торасемид) без калийзаместительной терапии. В настоящее время пациентка не может вдохнуть полной грудью, быстро возникает одышка при ходьбе.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания:
 - Артериальная гипертензия, II ст., 2 ст., риск 3.
 - Мочекаменная болезнь, вне обострения.
 - Желчекаменная болезнь, вне обострения.
 - Хронический панкреатит, вне обострения.
- * Профессиональный анамнез: инженер по образованию, профессиональные вредности отрицает, в настоящее время на пенсии.
- * Вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики) отрицает.
- * Наследственный анамнез: рак печени у отца, у дяди по линии отца рак поджелудочной железы.

Объективный статус

Объективно: гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. АД –

130/80 мм рт.ст. Пульс – 74 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Парадоксальное дыхание. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. ЧДД – 20 в минуту. Неврологический статус: ориентация в месте, времени, собственной личности сохранена, контактна, фон настроения не снижен, критика к своему состоянию сохранена. Общемозговые симптомы отсутствуют. Менингеальных симптомов нет. ЧМН: полуптоз, больше справа, двоение при отведении взгляда в стороны. Слабость мимической мускулатуры до 4 б. Бульбарный синдром в виде дизартрии, нарастающей при разговоре, дисфонии. Слабость мышц-разгибателей шеи до 4 б, в проксимальной группе рук до 4 б, в дистальной до 5 б. Сухожильные рефлексы на руках и ногах живые, с акцентом слева. Мышечная сила в ногах в дистальных отделах достаточная, проксимально – уступчивость. Слабость мышц брюшной стенки. Чувствительных, координаторных, тазовых нарушений нет. +

Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость в круговой мышце глаза, бульбарной мускулатуре, трехглавой мышце плеча и четырехглавой мышце бедра положительные.

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- средняя
- неизвестна
- низкая
- высокая

Результаты инструментального метода обследования

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является (-ются)

- средняя
- неизвестна
- низкая
- высокая

Результаты лабораторного метода обследования

На основании результатов клинических и инструментальных методов обследования можно предположить диагноз

- средняя
- неизвестна
- низкая
- высокая

Обследованием, необходимым для постановки диагноза «несомненная миастения» у данной пациентки является

- фармакологическая проба
- игольчатая электромиография
- рентгенография грудной клетки
- компьютерная томография грудной клетки

Клиническим симптомом, являющимся патогномоничным при миастении, является

- патологическая мышечная утомляемость
- крампи
- похудание мышц
- фасцикуляция

Клиническая стадия миастении у пациентки по 5-бальной шкале _MGFA_ соответствует +__+ А стадии

- 4
- 3
- 5
- 2

Инструментальным методом исследования, который нужно провести пациентке для определения дальнейшей тактики ведения, является

- УЗДГ сосудов шеи
- исследование функции внешнего дыхания
- компьютерная томография грудной клетки
- МРТ головного мозга

Важнейшим методом дифференциального диагноза холинергического и миастенического кризов является проба с

- калием
- прозеринном
- преднизолоном
- азатиоприном

Первым этапом в лечении миастении является назначение

- пиридостигмина бромидом
- преднизолоном
- циклофосфамидом
- азатиоприном

Препаратом иммуномодулирующей терапии, который необходимо назначить пациентке, является

- циклофосфамид
- преднизолон
- азатиоприн
- метотрексат

Средняя доза преднизолона в лечении генерализованной миастении составляет + _____ + мг/кг в сутки

- 1
- 3
- 2
- 0,5

Препаратом, который следует назначить пациентке при недостаточной эффективности кортикостероидов, является

- 1
- 3
- 2
- 0,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 36 лет обратилась к неврологу

Жалобы

На снижение зрения на правый глаз, двоение в глазах, слабость ног, шаткость при ходьбе, затруднение мочеиспускания.

Анамнез заболевания

Заболевание началось полтора года назад с двоения в глазах, слабости ног, шаткости при ходьбе, затруднения мочеиспускания. На фоне нейрометаболической терапии существенного улучшения состояния не происходило. До настоящего момента заболевание протекает с постепенным нарастанием симптоматики. По данным МРТ головного мозга - множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга. На глазном дне отмечается бледность диска правого зрительного нерва.

Анамнез жизни

- * хронических заболеваний нет
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * эпидемиологический анамнез без особенностей

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 125/80 мм рт. ст. Пульс 72 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный. Дизурии нет.

Неврологический статус: Сознание ясное. Контактна. В месте, времени и собственной личности ориентирована правильно. Речь не нарушена. Менингеальных знаков нет. Острота зрения на правый глаз – 0,5 (коррекция не улучшает зрения), на левый глаз – 1,0. Глазные щели, зрачки OD=OS. Фотореакции живые. Горизонтальный нистагм. Диплопия. Чувствительность на лице сохранена. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Лицо симметрично в покое и при выполнении мимических проб. Слух не снижен. Дизартрии, дисфонии, дисфагии нет. Язык по средней линии. Выраженный спастический нижний парапарез, D=S. Сухожильные рефлексы с рук живые, равные, с ног симметрично повышены. Клонус обеих стоп. Рефлекс Бабинского, Оппенгейма, Россолимо с двух сторон. Пальценосовую и пяточно-коленную пробу выполняет с интенцией с обеих сторон. В позе Ромберга неустойчива, пошатывается в обе стороны. Походка атактическая. Гипестезия с уровня Th8. Вибрационная чувствительность в ногах снижена до уровня колен. Задержка мочеиспускания.

Основанием для постановки диагноза являются

- 1
- 3
- 2
- 0,5

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- 1
- 3
- 2
- 0,5

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- 1
- 3
- 2
- 0,5

Наиболее вероятным типом течения рассеянного склероза у пациента является + _____ + течение

- регрессирующее
- вторично-прогрессирующее
- первично-прогрессирующее
- ремиттирующее

Для купирования обострений рассеянного склероза наиболее предпочтительной является пульс-терапия

- метилпреднизолоном внутривенно капельно
- гидрокортизоном перорально
- дексаметазоном перорально
- дексаметазоном внутримышечно

При тяжелом обострении и неэффективности пульс-терапии возможно проведение

- аутогемотрансфузии
- гемодиализа
- гемодилуции
- плазмафереза

Эзофагогастродуоденоскопия перед пульс-терапией метилпреднизолоном проводится для

- исключения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
- выявления и остановки желудочно-кишечного кровотечения
- выявления рефлюкс-эзофагита
- профилактики обострений рассеянного склероза

Во время пульс-терапии метилпреднизолоном с целью профилактики язвенной болезни желудка применяются

- гастропротекторы
- слабительные
- антиэметики
- спазмолитики

Для уменьшения мышечной спастичности при рассеянном склерозе следует назначить

- гамма-аминомасляную кислоту
- гопантеновую кислоту
- аминофенилмасляную кислоту
- баклофен

Для лечения затруднения опорожнения мочевого пузыря применяются

- амантадин
- тизанидин
- бета-интерферон
- глатирамера ацетат

Олигоклональные иммуноглобулины в ликворе являются

- маркером болезни Вильсона-Коновалова
- проявлением иммунопатологического процесса при нейросифилисе
- проявлением иммунопатологического процесса при рассеянном склерозе
- маркером болезни Крейтцфельда-Якоба

Первичная профилактика рассеянного склероза

- маркером болезни Вильсона-Коновалова
- проявлением иммунопатологического процесса при нейросифилисе
- проявлением иммунопатологического процесса при рассеянном склерозе
- маркером болезни Крейтцфельда-Якоба

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась в поликлинику к врачу-неврологу. На прием пришла в сопровождении супруга.

Жалобы

Жалуется на повышенную забывчивость на события недавнего прошлого и новую информацию, чувство тревоги, беспокойства, внутреннего напряжения, нехватку воздуха, периодическую потливость, бессонницу в виде трудностей засыпания, сниженный фон настроения.

Анамнез заболевания

Со слов супруга, память постепенно снижается в течение последних 2-3 лет. По этой причине перестала справляться с домашними делами, хотя всегда была хорошей хозяйкой. Так в настоящее время приготовлением пищи занимается супруг, хотя раньше это делала пациентка. Плохо ориентируется на местности, поэтому почти не выходит из дома без сопровождения. Однако обслуживает себя сама без напоминаний и подсказок.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей, в молодые и средние годы жизни каких-либо серьёзных заболеваний не было. +

Из сопутствующих заболеваний обращает на себя внимание аутоиммунный тиреоидит, который был диагностирован 5 лет назад, в настоящее время принимает поэтому по поводу L-тироксин, гормоны щитовидной железы, со слов пациентки, в норме. +

У матери пациентки после 75 лет отмечалось снижение памяти. +

По профессии – учительница математики, в настоящее время на пенсии.

Профессиональных вредностей не было.

Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Пациентка в удовлетворительном состоянии, сознание ясное, положение активное.

Повышенного питания: при росте 164 см масса тела 77 кг, окружность живота – 108 см.

При физикальном исследовании по органам и системам – без особенностей. АД – 120/80 мм рт.ст., ЧСС – 66 в минуту.

Неврологический статус: дезориентирована во времени, называет лишь месяц и время года. В месте ориентирована правильно, но затрудняется точно назвать лечебное учреждение. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь беглая, плавная, развернутая, лексический и грамматический строй речи, чтение и письмо сохранены. Выявляется лёгкая недостаточность номинативной функции речи (не может вспомнить названия предметов). При нейропсихологическом исследовании выявляются выраженные нарушения памяти в первую очередь на события недавнего прошлого, в то время как память о молодых и средних годах жизни относительно сохранена. Также выявляются нарушения счёта, невозможность копирования трехмерных изображений, не узнает время по часам со стрелками. Управляющая функция в целом сохранена.

Познавательная деятельность протекает в нормальном темпе, внимание концентрирует.

МоСа тест – 19 баллов (норма – не менее 26).

Краниальная иннервация интактна. Парезов нет, мышечный тонус в норме, сухожильные рефлексы симметрично повышены, но без расширения зон вызывания. Патологических пирамидных знаков нет. Чувствительность интактна. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива независимо от закрывания глаз. Походка – без особенностей. Тазовые органы контролирует.

Пациентке выполнено исследование эмоционального состояния с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Получено: шкала тревоги – 11 баллов (клинически очерченная тревога), шкала депрессии – 8 баллов (субклинически выраженная депрессия).

Для исключения обратимых причин имеющих когнитивных нарушений необходимо выполнить

- маркером болезни Вильсона-Коновалова
- проявлением иммунопатологического процесса при нейросифилисе
- проявлением иммунопатологического процесса при рассеянном склерозе
- маркером болезни Крейтцфельда-Якоба

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо выполнить

- маркером болезни Вильсона-Коновалова
- проявлением иммунопатологического процесса при нейросифилисе
- проявлением иммунопатологического процесса при рассеянном склерозе

- маркером болезни Крейтцфельда-Якоба

Результаты обследования

У пациентки в неврологическом статусе выявляется синдром + _____ + нарушений

- когнитивных
- двигательных
- вегетативных
- чувствительных

К видам когнитивных расстройств, которые выявляются у пациентки, относят агнозию

- зрительно-предметную
- симультанную
- на лица (прозапагнозию)
- пространственную

Чувство нехватки воздуха, внутреннее напряжение, периодическая потливость и бессонница вероятнее всего связаны с

- прогрессирующей вегетативной недостаточностью
- тревогой
- недостаточностью периферического кровообращения
- нарушением узнавания схемы тела (соматагнозией)

Специфические особенности когнитивных расстройств свидетельствуют о поражении

- верхних отделов теменных долей головного мозга
- передне-вентральных отделов лобных долей головного мозга
- гиппокампа
- дорзолатеральных отделов лобных долей головного мозга

По степени тяжести когнитивные расстройства, имеющиеся у пациентки, следует классифицировать как

- лёгкие
- выраженные
- умеренные
- субъективные

Предполагаемым основным неврологическим диагнозом является

- лёгкие
- выраженные
- умеренные

- субъективные

Для уменьшения выраженности когнитивных нарушений в первую очередь следует назначить

- бенфотиамин
- ривастигмин
- дигидроэргокриптин
- пентоксифиллин

Для уменьшения выраженности тревожных расстройств пациентке можно назначить

- феназепам
- пароксетин
- галоперидол
- amitриптилин

При недостаточной эффективности проводимой терапии для улучшения когнитивных функций пациентке можно дополнительно назначить

- пирибедил
- мемантин
- цитофлавин
- токоферол

Наиболее доказательной стратегией профилактики прогрессирования когнитивных нарушений у пациентки является (-ются)

- пирибедил
- мемантин
- цитофлавин
- токоферол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 59 лет обратилась в поликлинику к врачу-неврологу. На прием пришла в сопровождении супруга.

Жалобы

на нарастающее ухудшение зрения, которое не корректируется линзами.

Анамнез заболевания

В течение последнего года исподволь, без видимой причины снижается зрение. К настоящему времени пациентка практически утратила способность читать и писать, она с трудом узнаёт знакомые лица, плохо ориентируется в пространстве. Однако при ходьбе

не испытывает затруднений, свободно обходит видимые препятствия. Из-за снижения зрения пациентка не может больше выполнять свою работу, больше месяца находится на больничном листе. Была консультирована офтальмологом, получено заключение: острота зрения в норме, глазное дно без особенностей. Рекомендована консультация невролога.

Со слов супруга, поведение пациентки адекватное. Обслуживает себя сама без напоминаний и подсказок, выполняет простую домашнюю работу, но не может резать продукты при приготовлении еды, так как из-за плохого зрения не может попасть в них ножом. Не может также самостоятельно ходить в магазин: не находит нужные товары, ошибается при подсчёте денег.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей, в молодые и средние годы жизни каких-либо серьёзных заболеваний не было.

Из сопутствующих заболеваний обращает на себя внимание аутоиммунный тиреоидит, который был диагностирован 10 лет назад, в настоящее время принимает по этому поводу L-тироксин, гормоны щитовидной железы, со слов пациентки, в норме.

У матери пациентки после 70 лет отмечалось снижение памяти.

Профессиональных вредностей не было, по профессии инженер.

Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Пациентка в удовлетворительном состоянии, сознание ясное, положение активное.

Нормального питания: при росте 166 см масса тела 68 кг, окружность живота – 95 см. При физикальном исследовании по органам и системам – без особенностей. АД – 120/80 мм рт.ст., ЧСС – 66 в минуту.

Неврологический статус: пациентка частично дезориентирована во времени: не называет число и день недели, но правильно называет месяц, год и время года. В месте ориентирована правильно. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь

беглая, плавная, развернутая, лексический и грамматический строй речи сохранены.

Чтение и письмо невозможны, однако отдельные буквы в большинстве случаев узнает.

Не всегда узнает предметы на картинке, хотя может найти два одинаковых предмета из нескольких. Память в целом сохранена как на недавние, так и на отдалённые события жизни. В значительной степени нарушен счёт: не может от 93 отнять 7 и от 72 отнять 7.

Пятиугольники копирует правильно, но не может самостоятельно нарисовать кубик. При перерисовывании кубика наблюдается искажение пространственной структуры. Не узнаёт время по часам со стрелками и не может самостоятельно нарисовать часы.

Управляющая функция интактна. Познавательная деятельность протекает в нормальном темпе, внимание концентрирует. MoCa тест – 22 балла (норма – не менее 26).

Краниальная иннервация интактна. Парезов нет, мышечный тонус в норме, сухожильные рефлексы симметрично повышены, но без расширения зон вызывания. Патологических пирамидных знаков нет. Чувствительность интактна. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива независимо от закрывания глаз. Походка – без особенностей. Тазовые органы контролирует.

Пациентке выполнено исследование эмоционального состояния с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Получено: шкала тревоги – 8 баллов (субклинически выраженная тревога), шкала депрессии – 6 баллов (нет депрессии).

Для исключения обратимых причин имеющих неврологических нарушений необходимо выполнить

- пирибедил
- мемантин
- цитофлавин
- токоферол

Результаты обследования

Для уточнения природы нарушений зрительного восприятия необходимо выполнить

- пирибедил
- мемантин
- цитофлавин
- токоферол

Результаты обследования

Зрительные расстройства у представленной пациентки следует трактовать как

- центральную ахроматопию
- зрительную агнозию
- корковую слепоту
- синдром одностороннего пространственного игнорирования («неглект-синдром»)

Специфические особенности нарушений свидетельствуют о поражении

- затылочных долей
- структур гиппокампового комплекса
- лобных долей
- таламуса и/или латеральных колленчатых тел

Когнитивные расстройства у представленной пациентки следует трактовать как

- выраженные
- лёгкие или минимальные
- преимущественно субъективные
- умеренные, но не достигающие стадии деменции

Предполагаемым основным неврологическим диагнозом является

- выраженные
- лёгкие или минимальные

- преимущественно субъективные
- умеренные, но не достигающие стадии деменции

Форму заболевания у пациентки следует расценить как

- типичную (амнестическую)
- синдром задней корковой атрофии
- поведенческий (лобный) вариант болезни Альцгеймера
- синдром логопенической первичной прогрессирующей афазии

Для уменьшения выраженности когнитивных нарушений следует назначить

- винпоцетин
- донепезил
- ницерголин
- депротеинизированный гемодериват крови телят

Среди ожидаемых нежелательных явлений при проведении базисной терапии ингибитором ацетилхолинэстеразы наблюдают

- прибавку массы тела
- спутанность сознания с галлюцинаторными расстройствами
- тошноту и рвоту
- головную боль

Критерием эффективности ацетилхолинергической терапии является

- регресс симптоматики до стадии умеренных когнитивных нарушений
- отсутствие нарастания церебральной атрофии в течение 3-6 месяцев
- уменьшение содержания амилоидного белка в спинномозговой жидкости
- улучшение или стабилизация симптомов в течение 6 месяцев

При недостаточной эффективности проводимой терапии для улучшения когнитивных функций пациентке можно дополнительно назначить

- рисперидон
- вортиоксетин
- пирибедил
- мемантин

Наиболее доказательной стратегией профилактики прогрессирования когнитивных нарушений у пациентки является

- рисперидон
- вортиоксетин
- пирибедил
- мемантин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 22 лет, студент, пришел на приём к врачу-неврологу в поликлинику.

Жалобы

на дрожание в руках, туловище и в голове по типу «да-да», скованность и замедленность движений, неустойчивость и пошатывание при ходьбе, снижение памяти, повышенную утомляемость при умственной работе.

Анамнез заболевания

Считает себя заболевшим в течение последнего года, когда исподволь, без видимой причины появились общая слабость и повышенная утомляемость при умственной работе. По этой причине снизилась успеваемость: провалил очередную сессию и был вынужден оформить академический отпуск. Приблизительно в это же время окружающие стали обращать внимание на пошатывание при ходьбе: походка стала напоминать походку пьяного человека. Дрожание, скованность и замедленность движений присоединились в последние 2-3 месяца, в настоящее время пациент испытывает значительные затруднения при выполнении мелких точных движений, например, при застёгивании пуговиц, завязывании шнурков, пользовании ножом и вилок. Изменился почерк: буквы стали очень мелкими и неразборчивыми, особенно если приходится писать долго.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей. В 10 летнем возрасте был госпитализирован по поводу пневмонии, в биохимическом анализе крови было зафиксировано умеренное повышение печеночных трансаминаз. Лечащие врачи связали это явление с побочными эффектами антибиотикотерапии, рекомендовали повторное биохимическое исследование крови спустя 1-2 месяца. Однако после выписки из стационара пациент чувствовал себя хорошо, и родители решили, что в повторном исследовании нет необходимости.

Пациент – единственный ребёнок в семье, его родители здоровы.

Вредные привычки: курит с 20 лет по 5-10 сигарет в день, алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не было.

Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Пациент в удовлетворительном состоянии. Пониженного питания: рост – 178 см масса тела – 69 кг, окружность живота – 82 см. При физикальном исследовании по органам и системам – увеличение печеночной тупости на 2 см ниже реберной дуги. АД – 110/70 мм рт.ст., ЧСС – 64 в минуту.

Неврологический статус: больной в ясном сознании, контактен, правильно ориентирован в месте и во времени. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь пациента беглая, правильная в грамматическом отношении, но прерывистая, пациент произносит слова по слогам (скандированная речь). Нейропсихологическое

исследование: познавательная деятельность протекает в замедленном темпе (брадифрения), отмечаются частые колебания концентрации внимания (флюктуации). Память нарушена в умеренной степени. Дискалькулия в пробах на вычитание из 100 по 7. Чтение и письмо не страдают. Пятиугольники рисует правильно, но ошибается при рисовании кубика и часов. В ответ на вопрос «что общего между стулом и столом» говорит «4 ножки», в ответ на вопрос «что общего между пальто и курткой» – «носятся зимой». Пословицу «готовь летом сани, а зимой телегу» трактует следующим образом: «это значит – делай всё наоборот». МоСа тест – 22 балла (норма не менее 26). Краниальная иннервация: горизонтальный нистагм в крайних отведениях глазного яблока с двух сторон. Оживлены рефлексы орального автоматизма, лёгкая дизартрия, голос глухой, монотонный. Обращают на себя внимание гипомимия, гипокинезия. Мышечный тонус повышен по пластическому типу, с феноменом «зубчатого колеса», D=S. В руках определяется постурально-кинетический преимущественно дистальный среднеамплитудный тремор, аналогичный тремор меньшей амплитуды заметен в туловище и голове при удержании вертикальной позы. Парезов нет, сухожильные рефлексы повышены, D=S, зоны вызывания несколько расширены, патологических знаков нет. Чувствительность интактна. При выполнении координаторных проб: интенционный тремор, дисметрия, дисдиадохокinesis в обеих руках. В позе Ромберга: пошатывание, независимое от закрывания глаз. Походка: на широкой базе, шаг неравномерен, пошатывание. Тазовые функции не нарушены.

Для уточнения причины двигательных и когнитивных нарушений необходимо выполнить

- рисперидон
- вортиоксетин
- пирибедил
- мемантин

Результаты обследования

Для установления причин и патогенетических механизмов неврологических расстройств целесообразно

- рисперидон
- вортиоксетин
- пирибедил
- мемантин

Результаты обследования

Для выявления важного в диагностическом отношении «глазного» симптома заболевания целесообразно исследование

- рисперидон

- вортиоксетин
- пирибедил
- мемантин

Результаты обследования

Из двигательных нарушений у пациента наблюдают

- генерализованные спонтанные миоклонии
- акинетико-ригидный синдром
- мультифокальную дистонию и атетоз
- лобную апраксию ходьбы

Дискоординаторные нарушения у пациента следует трактовать как + _____ + атаксию

- мозжечковую
- вестибулярную
- сенситивную
- лобную

Когнитивные нарушения у пациента являются

- преимущественно субъективными
- умеренными
- незначительными или лёгкими
- выраженными (деменция)

Специфические особенности когнитивных нарушений у пациента свидетельствуют о поражении

- зоны стыка теменной и затылочных долей
- лобно-подкорковых структур
- дополнительной моторной коры
- структур гиппокампового комплекса

Предполагаемым неврологическим диагнозом является

- зоны стыка теменной и затылочных долей
- лобно-подкорковых структур
- дополнительной моторной коры
- структур гиппокампового комплекса

В качестве базисной патогенетической терапии данному пациенту можно назначить

- d-пеницилламин
- леводопу

- амантадин
- бета-интерферон

В качестве теста для оценки эффективности терапии можно использовать

- исследование уровня печеночных трансаминаз в сыворотке крови
- МР-томографию головного мозга
- исследование суточной экскреции меди
- повторные УЗИ-брюшной полости

Для профилактики прогрессирования двигательных и когнитивных нарушений пациенту необходимо рекомендовать

- исключение из рациона богатых медью продуктов
- регулярные умственные и физические упражнения
- исключение из рациона богатых железом продуктов
- категорический отказ от курения и алкоголя

Риск развития заболевания у детей пациента

- исключение из рациона богатых медью продуктов
- регулярные умственные и физические упражнения
- исключение из рациона богатых железом продуктов
- категорический отказ от курения и алкоголя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет пришел на консультацию к врачу-неврологу по настоянию родственников. На приём в поликлинику пришел в сопровождении супруги.

Жалобы

Жалуется на небольшую забывчивость

Анамнез заболевания

Со слов супруги, в последний год значительно изменилось поведение пациента. Он стал несдержанным, раздражительным, вспыльчивым, временами агрессивным, у него очень быстро и по самым незначительным причинам резко меняется настроение. Недавно сотрудница пациента по работе (его секретарь) сообщила супруге пациента о навязчивых и грубых сексуальных домогательствах с его стороны, чего раньше никогда не было.

Также родные обратили внимание на неопрятность пациента при естественных отправлениях: мочится мимо унитаза, забывает смыть за собой. Дополнительно супруга сообщает, что мимика пациента стала избыточно активной («гримасничает»), а сам он стал очень неусидчивым, часто бесцельно ходит по квартире взад и вперед, при разговоре очень активно жестикулирует.

Сам пациент изменения в своем поведении отрицает.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей, в молодые и средние годы жизни каких-либо серьёзных заболеваний не было. +

У отца пациента в относительно раннем возрасте (на 6 десятилетия жизни) развилось слабоумие и двигательное беспокойство. +

Вредные привычки отрицает. +

Профессиональных вредностей не было, по профессии юрист. +

Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Пациент в удовлетворительном состоянии. Нормального питания: рост – 178 см, масса тела – 80 кг, окружность живота – 94 см. При физикальном исследовании по органам и системам – без патологических отклонений. АД – 130/80 мм рт.ст., ЧСС – 61 в минуту. +
При осмотре: больной в ясном сознании, контактен, правильно ориентирован в месте и во времени. Держится напряженно, быстро раздражается, с гневом рассказывает о «придирках» (с его точки зрения) родственников и сослуживцев к его внешнему виду и поведению. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь пациента беглая, плавная, правильная в грамматическом отношении, но несколько смазанная из-за нечеткости артикуляции. Нейропсихологическое исследование: познавательная деятельность протекает в замедленном темпе (брадифрения), отмечаются частые колебания концентрации внимания (флюктуации). Память нарушена в умеренной степени. Дискалькулия в пробах на вычитание из 100 по 7. Чтение и письмо не страдают. Ошибается при копировании пятиугольников – рисует четырехугольники. Также ошибается при рисовании кубика и часов. В ответ на вопрос «что общего между стулом и столом» говорит «обеденные приборы», а в ответ на вопрос «что общего между пальто и курткой» – «пальто – это пальто, а куртка – это куртка». МоСа тест – 23 балла (норма не менее 26).

В неврологическом статусе: краниальная иннервация интактна, оживлены рефлекс орального автоматизма. Парезов нет, сухожильные рефлекс живые симметричные, D=S, патологических знаков нет, мышечный тонус несколько снижен, чувствительность, координация и тазовые функции не нарушены. Обращают на себя внимание хаотические отрывистые произвольные движения: пациент постоянно ёрзает на стуле, перекладывает ноги с одной на одну, поправляет одежду, как будто бы стряхивает что-то с неё, постоянно перебирает пальцами («играющие на пианино пальцы»), избыточно активно жестикулирует, улыбается, морщит лоб, один раз даже показал язык. Пациент не может в течение одной минуты сжимать кулак, не может одновременно закрыть глаза и показать язык. При ходьбе как будто бы пританцовывает, наблюдается небольшое пошатывание.

Для уточнения причины когнитивных нарушений необходимо выполнить

- исключение из рациона богатых медью продуктов
- регулярные умственные и физические упражнения
- исключение из рациона богатых железом продуктов

- категорический отказ от курения и алкоголя

Результаты обследования

Для верификации основного неврологического диагноза пациенту необходимо выполнить

- исключение из рациона богатых медью продуктов
- регулярные умственные и физические упражнения
- исключение из рациона богатых железом продуктов
- категорический отказ от курения и алкоголя

Результаты обследования

В неврологическом статусе у пациента имеется + _____ + синдром

- акинетико-ригидный
- гиперкинетический
- психовегетативный
- псевдобульбарный

Двигательные расстройства у пациента можно расценить как

- хореический гиперкинез
- торсионную мышечную дистонию
- генерализованные моторные тики
- психогенные расстройства моторного поведения (ажитация)

Когнитивные нарушения у пациента являются

- преимущественно субъективными
- умеренными
- выраженными (деменция)
- незначительными или лёгкими

Специфические особенности когнитивных нарушений у пациента свидетельствуют о поражении

- зоны стыка теменной и затылочных долей
- структур гиппокампового комплекса
- лобно-подкорковых структур
- дополнительной моторной коры

Предполагаемым неврологическим диагнозом является

- зоны стыка теменной и затылочных долей
- структур гиппокампового комплекса

- лобно-подкорковых структур
- дополнительной моторной коры

Для уменьшения выраженности двигательных расстройств пациенту можно назначить

- амитриптилин
- леводопу
- тетрабеназин
- амантадин

Для уменьшения выраженности когнитивных нарушений пациенту можно назначить

- леветирацетам
- вортиоксетин
- амантадин
- ривастигмин

Лечение когнитивных нарушений у пациента

- должно быть длительным
- должно продолжаться постоянно вплоть до развития деменции
- проводится повторными прерывистыми курсами по 1 месяцу 2 раза в год
- проводится до получения терапевтического эффекта

Эффективные меры профилактики нарастания деменции в данном случае

- предусматривают проведение длительной терапии высокими дозами витамина Е
- в первую очередь нацелены на достижение контроля над базисным сосудистым заболеванием
- не разработаны
- включают повторные курсы нейрометаболической терапии

У детей пациента вероятность развития аналогичного заболевания

- предусматривают проведение длительной терапии высокими дозами витамина Е
- в первую очередь нацелены на достижение контроля над базисным сосудистым заболеванием
- не разработаны
- включают повторные курсы нейрометаболической терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 74 лет обратилась в поликлинику к врачу-неврологу. На прием пришла в сопровождении дочери

Жалобы

Жалуется на повышенную забывчивость, скованность и замедленность движений, дрожание в руках, в большей степени при совершении активных действий, общую слабость и утомляемость, дневную сонливость и частые ночные пробуждения.

Анамнез заболевания

Память снижается в течение последних 2-3 лет, постепенно, без видимой причины. В последний год присоединились скованность и замедленность движений, стало обращать на себя внимание дрожание рук, появилось шарканье при ходьбе. Со слов дочери, пациентка в последнее время стала очень невнимательной, забывчивой, вялой и безынициативной. Большую часть времени занята малопродуктивными делами: перебирает свои вещи или листает журнал «Караван историй», при этом, жалуется, что не может читать из-за плохого зрения. Однако по заключению офтальмолога острота зрения в очках +3 составляет 90%. Полностью перестала выполнять домашние дела, даже самые простые из-за повышенной утомляемости. Себя обслуживает полностью, но нуждается в напоминаниях и подсказках при приеме лекарств. Дочь обращает внимание на значительные колебания выраженности расстройств памяти и внимания: иногда пациентка ведет себя правильно, по словам дочери: «совсем как до болезни». В другое время, пациентка малоактивна, сонлива, «сидит и смотрит в одну точку», может быть дезориентирована во времени. В «плохие» периоды пациентка часто начинает говорить и не заканчивает фразу, не всегда сразу узнаёт свою дочь, однажды приняла её за постороннюю и пыталась прогнать из дома. В последующем это происшествие амнезировала. Дочь также сообщает об инверсии цикла «сон-бодрствования»: днем пациентка очень сонлива, часто дремлет за рассматриванием журналов или просмотром телевизора, а ночью не спит, ходит из угла в угол, разговаривает сама с собой.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей. В течение последних 12 лет страдает артериальной гипертензией, в настоящее время получает по этому поводу фиксированную комбинацию эпросартан 600 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг, на этом фоне АД не превышает 140/80 мм ртст. Также страдает сахарным диабетом II типа. Получает по этому поводу метформин 850 мг два раза в день, уровень глюкозы на этом фоне не превышает 6,0 ммоль/л натощак и 8,0 ммоль/л после еды.

Вредные привычки отрицает.

Наследственный анамнез: отец пациентки умер от геморрагического инсульта в 79 лет.

По профессии – торговый работник, в настоящее время на пенсии.

Объективный статус

Пациентка в удовлетворительном состоянии, сознание ясное, положение активное. Рост – 179 см, масса тела – 88 кг, окружность живота – 110 см. При физикальном исследовании по органам и системам – без особенностей. АД – 130/80 мм рт.ст., ЧСС – 78 в минуту. При осмотре: сознание ясное, но вялая, заторможена. Частично дезориентирована во времени: утверждает, что на момент осмотра идёт 1917 год (на самом деле – 2017). При этом год своего рождения называет правильно (1943), не может внятно объяснить противоречие (текущий год меньше года рождения). Критика снижена. Познавательная

деятельность протекает в значительно замедленном темпе (брадифрения), уровень концентрации внимания значительно колеблется (флюктуации). Обращенную речь понимает полностью, собственная речь пациентки беглая, плавная, правильная в грамматическом отношении, но тихая и не всегда разборчивая. От проб на чтение и письмо сначала отказывается, ссылаясь на плохое зрение, но после повторных и настоятельных просьб врача, выполняет эти пробы удовлетворительно. Память о событиях жизни нарушена: вспоминает только наиболее эмоционально значимые события жизни. При этом память о недавних и отдаленных событиях нарушена приблизительно в одинаковой степени. Отмечаются выраженные нарушения в рисунке: неправильно копирует пятиугольники, не может нарисовать кубик и циферблат часов с цифрами и стрелками. Отмечаются выраженные нарушения управляющих функций по типу импульсивности. Пословицу «готовь сани летом, а телегу зимой» трактует так: «для каждого сезона свой инструмент». Монреальский когнитивный тест (MoCa) – 19 баллов (норма – не менее 26).

Фон настроения снижен. По госпитальной шкале депрессии пациентка набирает: подшкала тревожности – 9 баллов (субклиническая тревога), подшкала депрессии – 14 баллов (клинически явная депрессия).

В неврологическом статусе: гипомимия, гипокинезия, D>S. Мышечный тонус повышен по пластическому типу с феноменом «зубчатого колеса» D>S. Наблюдается низкочастотный среднеамплитудный преимущественно дистальный тремор в руках, максимально выраженный при постуральных и кинетических нагрузках с интенционным компонентом. Парезов нет, сухожильные рефлексы живые, симметричные, чувствительность интактна, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива независимо от закрывания глаз. Походка: шаг укорочен, шарканье, повороты затруднены, тенденция к про- и латеропульсиям. Тазовые органы контролирует.

Для исключения потенциально обратимых форм когнитивных нарушений необходимо выполнить

- предусматривают проведение длительной терапии высокими дозами витамина E
- в первую очередь нацелены на достижение контроля над базисным сосудистым заболеванием
- не разработаны
- включают повторные курсы нейрометаболической терапии

Результаты обследования

Для уточнения причины когнитивных нарушений необходимо выполнить

- предусматривают проведение длительной терапии высокими дозами витамина E
- в первую очередь нацелены на достижение контроля над базисным сосудистым заболеванием
- не разработаны
- включают повторные курсы нейрометаболической терапии

Результаты обследования

Двигательные расстройства у представленной пациентки следует трактовать как

- паркинсонизм
- вестибулярная атаксия
- апраксия ходьбы
- мозжечковая атаксия

Когнитивные нарушения, выявляемые у пациентки, являются

- выраженными
- умеренными, но не достигающими степени деменции
- преимущественно субъективными
- незначительными или лёгкими

Специфические особенности когнитивных нарушений свидетельствуют о преимущественной дисфункции

- левой височной доли
- структур гиппокампового комплекса
- теменно-затылочно-височных отделов правого полушария
- лобных долей головного мозга

Предполагаемым основным неврологическим диагнозом является

- левой височной доли
- структур гиппокампового комплекса
- теменно-затылочно-височных отделов правого полушария
- лобных долей головного мозга

Для лечения когнитивных нарушений пациентке следует назначить

- ривастигмин
- пиридостигмин
- бромокриптин
- амантадин

При недостаточной эффективности монотерапии когнитивных нарушений пациентке можно дополнительно назначить

- тригексифенидил
- мемантин
- циннаризин
- галоперидол

Для лечения двигательных нарушений пациентке можно назначить

- ингибиторы МАО-В
- препараты леводопы
- холинолитики
- агонисты дофамина

Для лечения нарушений сна пациентке можно рекомендовать

- малые дозы рисперидона
- правила гигиены сна
- слушать перед сном релаксирующую музыку
- сборы пустырника и валерианы

Для лечения эмоциональных нарушений пациентке можно назначить

- имипрамин
- агомелатин
- кветиапин
- альпрозалам

Наиболее эффективным методом профилактики острых нарушений мозгового кровообращения у пациентки является + _____ + терапия

- имипрамин
- агомелатин
- кветиапин
- альпрозалам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Б. 75 лет была госпитализирована в стационар в связи с острым развитием слабости в правых конечностях и нарушений речи.

Жалобы

Самостоятельно жалоб не предъявляет из-за снижения критики и нарушений речи

Анамнез заболевания

На фоне полного здоровья внезапно почувствовала учащенное и нерегулярное сердцебиение, которое продолжалось около 30 минут. В конце этого периода развиваются слабость в правых конечностях, пациентка перестала понимать обращённую речь. Через 7 часов после возникновения симптомов была госпитализирована в сосудистое неврологическое отделение, проводилась базисная неспецифическая терапия. +

Наблюдение за пациенткой во время нахождения в стационаре показало некоторые особенности её поведения. Пациентка плохо ориентируется в отделении, не может найти свою палату, постоянно забывает принять лекарства, пройти необходимые

диагностические и терапевтические процедуры, выглядит растерянной. Плохо соблюдает личную гигиену, может выйти из палаты раздетой. Крайне отрицательно воспринимает занятия с логопедом, отказывается выполнять полученные задания. С соседями по палате часто ведет себя агрессивно, берет чужие вещи, отказывается их отдавать. + По словам сына, некоторая забывчивость отмечалась у пациентки еще до начала болезни, но её поведение было адекватным. Забывчивость родные пациентки объясняли её пожилым возрастом.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей, в молодые и средние годы жизни каких-либо серьёзных заболеваний не было.

Из сопутствующих заболеваний обращает на себя внимание язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, последнее обострение отмечалось 10 лет назад.

У матери пациентки после 80 лет отмечалось прогрессирующее снижение памяти.

Вредные привычки отрицает.

Профессиональных вредностей не было, по профессии – маляр, в настоящее время на пенсии.

Объективный статус

При осмотре: в ясном сознании. АД – 120/80 мм рт.ст. ЧСС – 72 в минуту, ритм правильный. При физикальном исследовании по органам и системам – без существенной патологии.

В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет. При выполнении мимических проб: асимметрия оскала и слабость надувания щеки справа. Девиация языка вправо.

Мышечная сила в правой руке снижена до 4 баллов, в ноге – 5 баллов. Мышечный тонус в норме. Сухожильные рефлексy живые, D>S, зоны вызывания справа расширены, симптом Бабинского справа. Правосторонняя гемигипестезия на все виды чувствительности. При исследовании полей зрения выявляется выпадение правых верхних четвертинок поля зрения.

Обращенную речь понимает не полностью: может выполнить простые команды, которые необходимо несколько раз повторить. Собственная речь пациентки беглая, плавная, грамматически правильная, но не всегда понятная для окружающих, содержит искаженные и несуществующие слова. Аналогичные ошибки выявляются при письме.

Познавательная деятельность протекает в нормальном темпе, внимание концентрирует.

МоСа тест – 22 балла (норма – не менее 26). Дезориентирована во времени, частично дезориентирована в месте. Выявляются нарушения памяти: не помнит обстоятельства госпитализации и происшествия последних дней. Память на отдалённые события жизни относительно сохранна. Также выявляются зрительно-пространственная агнозия, дискалькулия, конструктивная апраксия.

Компьютерная рентгеновская томография головного мозга выявляет очаг пониженной плотности в корковых отделах височной и теменной долей головного мозга левого полушария. Субарахноидальные пространства значительно расширены в задних (теменно-затылочных) отделах головного мозга с двух сторон.

Для подбора терапии необходимо выполнить

- имипрамин
- агомелатин
- кветиапин
- альпрозалам

Результаты обследования

Для уточнения причины когнитивных нарушений и исключения обратимых форм необходимо выполнить

- имипрамин
- агомелатин
- кветиапин
- альпрозалам

Результаты обследования

Нарушения речи у пациентки следует расценить как + _____ + афазию

- сенсорную
- амнестическую
- сенсомоторную
- семантическую

Вероятной причиной двигательных, сенсорных, зрительных и речевых нарушений у пациентки является

- ишемический инсульт
- геморрагический инсульт
- субарахноидальное кровоизлияние
- обратимая задняя энцефалопатия

Предположительным механизмом развития острого поражения головного мозга является

- артерио-артериальная эмболия
- липогиалиноз с артериолосклерозом церебральных артерий
- кардиоцеребральная эмболия
- тромбоз левой внутренней сонной артерии

Специфические особенности неречевых когнитивных расстройств свидетельствуют о заинтересованности

- дорзолатеральных отделов лобных долей головного мозга
- гиппокампа
- затылочно-височных отделов головного мозга
- передне-вентральных отделов лобных долей головного мозга

По степени тяжести когнитивные расстройства, имеющиеся у пациентки, следует классифицировать как

- выраженные
- умеренные, но не достигающие степени деменции
- преимущественно субъективные
- лёгкие или минимальные

Предполагаемой причиной нарушений памяти и зрительно-пространственных расстройств является

- выраженные
- умеренные, но не достигающие степени деменции
- преимущественно субъективные
- лёгкие или минимальные

Дополнительно к основным мероприятиям, проводимым для лечения инсульта, можно использовать

- агрессивную антигипертензивную терапию
- блокатор кальциевых каналов нимодипин
- цитиколин
- активатор тканевого плазминогена

Для уменьшения выраженности когнитивных нарушений в первую очередь следует назначить

- этилметилгидроксипиридина сукцинат
- циннаризин
- высокие дозы пирацетама
- мемантин

Для уменьшения выраженности имеющихся поведенческих нарушений в первую очередь следует назначить

- галоперидол
- рисперидон
- мемантин
- феназепам

С целью профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения пациентке следует назначить

- галоперидол
- рисперидон
- мемантин
- феназепам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет обратилась к врачу-неврологу

Жалобы

На неприятные ощущения в ногах (ощущения зудящего, распирающего характера, чувства ползания мурашек), возникающие в покое в вечерние и ночные часы, значительно уменьшающиеся при движении нижними конечностями.

Анамнез заболевания

В возрасте 46 лет пациентка стала отмечать неприятные ощущения зудящего характера в глубине голеней, возникающие через 15-20 минут после нахождения в положении лежа в позднее вечернее время. При небольшой двигательной активности (тыльное сгибание стоп, растирание и встряхивание ног) неприятные ощущения полностью регрессировали. Данные эпизоды повторялись с частотой 1-2 раза в месяц, за медицинской помощью не обращалась, возникновение данной симптоматики связывала с длительным ношением неудобной обуви накануне или эмоциональным перенапряжением. В течение последних 2 лет отметила ухудшение состояния – неприятные ощущения распространились на область бедер, стали более интенсивными, присоединилось чувство ползания мурашек; для облегчения состояния пациентке необходимо вставать с постели и ходить по комнате, но стоит больной лечь или сесть, симптоматика вновь возобновляется, как правило, по прошествии 10-15 минут. Пациентка отметила, что симптомы максимально выражены в период от 00:00 до 02:00, к утру значительно регрессируют, и с 06:00 до 11:00 отсутствуют. Также в течение последнего года данные эпизоды участились – симптомы возникают как минимум 2-3 раза в неделю. В связи с постоянно возобновляющейся потребностью совершать движения ногами в положении лежа (реже сидя) у пациентки нарушился сон, появились быстрая утомляемость, сонливость в дневное время, лабильность эмоционального фона (раздражительность, тревожность).

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ОРЗ, детские инфекции.

Сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит, вне обострения. Дуодено-гастральный рефлюкс. Артериальная гипертензия 1 ст, риск ССО2 (регулярно принимает гипотензивную терапию – эналаприл 5 мг).

Операции: аппендэктомия в возрасте 13 лет.

Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, безболезненные.

Беременностей 2, из них роды – 2.

Вредные привычки: курение (1 пачка в сутки в течение 20 лет).

Семейный анамнез: неотягощен по основному заболеванию.

Аллергоанамнез: наличие аллергии отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакты с инфекционными, лихорадящими больными, укусы животных и клещей, пребывание в эпидемически опасных очагах отрицает.

Объективный статус

***Объективно*:** общее состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Рост 160 см, вес 50 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, физиологической влажности. ЧДД 16 в минуту, дыхание жестковатое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ЧСС 86 в минуту, ритмичные. АД 115/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул регулярный. Дизурических явлений нет.

***Неврологический статус*:** сознание ясное; ориентирована в пространстве, времени и собственной личности правильно. Эмоциональный фон лабильный. Легкие когнитивные нарушения (27 баллов по шкале MoCA, снижение памяти и внимания). Глазные щели, зрачки OD=OS. Зрачковые рефлексы на свет, аккомодацию и конвергенцию живые, равные. Объем движений глазных яблок полный. Установочный мелкокоразмашистый горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Чувствительность на лице не изменена. Лицо симметрично. Слух не снижен. Глотание, фонация не нарушены. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях удовлетворительная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы в руках и ногах несколько оживлены, без четкой асимметрии сторон. Кистевой аналог рефлекса Россолимо с 2-х сторон. Четких нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В пробе Ромберга пошатывается. ФТО контролирует.

Предполагаемым основным диагнозом является

- галоперидол
- рисперидон
- мемантин
- феназепам

Основанием для постановки предварительного диагноза являются

- галоперидол
- рисперидон
- мемантин
- феназепам

Результаты обследования

При атипичной клинической картине, не позволяющей провести надежную дифференциальную диагностику синдрома беспокойных ног, показано выполнение

- галоперидол
- рисперидон
- мемантин
- феназепам

Результаты обследования

К трем основным причинам вторичного (симптоматического) синдрома беспокойных ног относят

- спиноцереbellлярную атаксию II типа, дефицит магния, резекцию желудка
- заболевания периферической нервной системы, гипергликемию, лактатацидоз
- курение, злоупотребление кофеином, дефицит кальция
- беременность, уремию, дефицит железа (с анемией или без анемии)

При подозрении у пациента синдрома беспокойных ног целесообразно определение + _____ + в сыворотке крови

- триглицеридов
- холестерина
- кальцитонина
- ферритина

Ключевое значение в патогенезе синдрома беспокойных ног имеет дисфункция + _____ + системы

- холинергической
- норадренергической
- серотонинергической
- дофаминергической

Течение хронического персистирующего синдрома беспокойных ног характеризуется возникновением симптомов в среднем как минимум

- 2 раза в неделю в течение последнего года при регулярном приеме специфической терапии
- 2 раза в неделю в течение последнего года в отсутствие лечения
- 20 раз в месяц в течение последнего года при регулярном приеме специфической терапии
- 20 раз в месяц в течение последнего года в отсутствие лечения

Немедикаментозное лечение синдрома беспокойных ног включает

- умеренную физическую нагрузку в течение дня, включающую ходьбу, упражнения на растяжение, плавание
- выполнение интенсивной физической нагрузки, включающей бег, прыжки, приседания, в течение 20-30 минут непосредственно перед сном
- депривацию сна не более двух раз в неделю
- диету, обогащенную солями магния, с ограничением продуктов, содержащих пурины

Препаратами, способными усилить проявления синдрома беспокойных ног являются

- препараты калия
- альфа-адреноблокаторы
- ингибиторы моноаминоксидазы
- нейролептики

Одним из основных препаратов для лечения синдрома беспокойных ног является

- бромокриптин
- каберголин
- перголид
- прамипексол

К осложнениям долгосрочной терапии синдрома беспокойных ног дофаминергическими средствами относят

- феномен аугментации
- феномен кумуляции
- феномен адаптации к фармакотерапии
- статокINETический тремор конечностей

При недостаточной эффективности или переносимости дофаминергических средств для долгосрочной терапии синдрома беспокойных ног можно использовать препараты из группы

- феномен аугментации
- феномен кумуляции
- феномен адаптации к фармакотерапии
- статокINETический тремор конечностей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился в поликлинику к врачу-неврологу. На приём пришел в сопровождении сына

Жалобы

на несистемное головокружение в виде чувства «тумана в голове», дурноту, снижение памяти, повышенную утомляемость при умственной и физической работе, неустойчивость и пошатывание при ходьбе

Анамнез заболевания

7 лет назад перенес ишемический инсульт с клиникой левостороннего центрального гемипареза и гемигипестезии. Неврологическая симптоматика почти полностью регрессировала в течение последующего года, однако после инсульта стал обращать внимание на неприятные ощущения в голове, общую слабость и снижение памяти. Из-за этих симптомов 3 года назад прекратил работать. Неустойчивость и пошатывание при

ходьбе отмечает в последний год. Несколько раз падал во время ходьбы при смене направления движения без потери сознания и без серьёзных травм.

Со слов сына, у пациента в последнее время изменился характер: стал эмоционально лабильным, раздражительным, снизился круг интересов. Иногда он нуждается в помощи при выборе одежды по сезону и напоминаниях при осуществлении гигиенических процедур.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей, в молодые и средние годы жизни каких-либо серьёзных заболеваний не было. Во время обследования после перенесенного инсульта было впервые зафиксировано повышение артериального давления до 160-180/90-100 мм рт.ст. В настоящее время получает по этому поводу валсартан 80 мг/сут, на этом фоне АД – 120-130/80 мм рт.ст. 5 лет назад был диагностирован сахарный диабет II типа, получает по этому поводу гликлазид 60 мг/сут и метформин 1900 мг/сут. В течение всего времени после перенесенного инсульта принимает ацетилсалициловую кислоту в дозе 75 мг/сут для профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения. + Семейный анамнез: отец и мать пациента умерли от онкологических заболеваний. + Курил с 20 лет до 65 лет, после перенесенного инсульта бросил курить. В средние годы жизни были эпизоды злоупотребления алкоголем, но в настоящее время, со слов пациента, употребляет его редко и в небольших количествах. + Профессиональных вредностей не было, по профессии кинорежиссер, в настоящее время на пенсии. + Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Пациент в удовлетворительном состоянии, положение активное. Нормального питания: Рост – 177 см, масса тела – 80 кг, окружность живота – 93 см. При физикальном исследовании по органам и системам выявляется акцент второго тона над аортой. АД – 130/80 мм рт.ст., ЧСС – 62 в минуту.

Неврологический статус: сознание ясное, контактен, правильно ориентирована в месте и времени, но несколько не критичен, многословен, не всегда соблюдает в беседе с врачом принятую дистанцию: задаёт вопросы личного характера, отпускает плоские шутки. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь беглая, плавная, развернутая, лексический и грамматический строй речи сохранен. При исследовании высших мозговых функций выявляются выраженные нарушения памяти, трудности серийного счёта (дискалькулия), конструктивная апраксия, выраженные нарушения управляющих функций по типу импульсивности. Познавательная деятельность протекает в значительно замедленном темпе (брадифрения), при выполнении нейропсихологических тестов быстро устаёт. МоСа тест – 18 баллов. +

Краниальная иннервация: недостаточность конвергенции, оживлены рефлексы орального автоматизма (хоботковый, ладонно-подбородочный с двух сторон), сглаженность носогубной складки справа. Гипомимия, умеренная туловищная гипокинезия, мышечный тонус слегка повышен по пластическому типу без чёткой

разницы сторон. Парезов нет, сухожильные рефлексy живые, D>S, зоны вызывания слева расширены, симптом Бабинского слева. Чувствительность интактна. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, за исключением лёгкого дисдиадохокинеза в левой руке. В позе Ромберга лёгкая неустойчивость независимо от закрывания глаз. Походка: долго медлит, прежде чем сделать первый шаг, затем начинает идти коротким шагом (семенящая походка), походка замедленна, шаг укорочен, отмечается пошатывание. +

Тазовые органы контролирует.

Для уточнения причин и патогенетических механизмов неврологических нарушений необходимо выполнить

- феномен аугментации
- феномен кумуляции
- феномен адаптации к фармакотерапии
- статокINETический тремор конечностей

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо выполнить

- феномен аугментации
- феномен кумуляции
- феномен адаптации к фармакотерапии
- статокINETический тремор конечностей

Результаты обследования

С целью диагностики поражения сосудов головного мозга необходимо выполнить

- феномен аугментации
- феномен кумуляции
- феномен адаптации к фармакотерапии
- статокINETический тремор конечностей

Результаты обследования

У пациента можно диагностировать синдром

+ _____ + когнитивных нарушений

- преимущественно субъективных
- выраженных
- лёгких или минимальных
- умеренных, но не достигающих стадии деменции

Когнитивные нарушения у пациента с высокой степенью вероятности связаны с

- цереброваскулярным заболеванием
- нейродегенеративным заболеванием
- нарушением резорбции спинномозговой жидкости (арезорбтивной гидроцефалией)
- имеющейся депрессией (депрессивной псевдодеменцией)

Предполагаемым основным неврологическим диагнозом является

- цереброваскулярным заболеванием
- нейродегенеративным заболеванием
- нарушением резорбции спинномозговой жидкости (арезорбтивной гидроцефалией)
- имеющейся депрессией (депрессивной псевдодеменцией)

У пациента следует диагностировать + _____ + стадию заболевания

- первую
- третью
- вторую
- доклиническую (латентную)

Лечение пациента следует проводить

- амбулаторно
- в неврологическом отделении стационара
- в условиях дневного стационара
- в общетерапевтическом отделении стационара

Проводимую базовую антигипертензивную терапию следует считать

- некорректной, так как не используются бета-блокаторы
- адекватной
- недостаточной, так как цифры АД выше 120 мм рт.ст
- избыточной, так как в пожилом возрасте не следует снижать систолическое АД менее 150 мм рт.ст.

С целью улучшения когнитивных функций пациенту можно назначить

- внутривенные введения высоких доз пирацетама (4,8-12 г/сут)
- повторные курсы альфа-липоевой кислоты
- длительный приём препаратов токоферола (витамин E)
- мемантин

С учётом имеющегося атеросклеротического стеноза сонных артерий тактика ведения пациента должна включать

- каротидную эндартерэктомию

- назначение новых оральных антикоагулянтов
- стентирование сонных артерий
- назначение статинов

Для профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения дезагрегантную терапию, которую получает пациент, следует

- каротидную эндартерэктомию
- назначение новых оральных антикоагулянтов
- стентирование сонных артерий
- назначение статинов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 61 года обратился к врачу-неврологу.

Жалоба

на

скованность в шейном отделе позвоночника, онемение, покалывание, жжение и слабость в кистях обеих рук и пальцах, затруднение при ходьбе из-за слабости в ногах; жжение в ладонях и пальцах усиливается в ночное время, из-за чего у пациента нарушен сон.

Анамнез заболевания

Боль и скованность в шейном отделе позвоночника беспокоит около 5 лет, периодически усиливаясь (при ношении сумок в руках, длительном пребывании в положении с запрокинутой головой). Примерно 1 год назад присоединилось онемение, жжение, а затем и слабость в кистях рук и пальцах; в течение 6 месяцев отмечает слабость и скованность в ногах при ходьбе, из-за чего практически перестал передвигаться пешком, много времени стал проводить за рулем автомобиля. В течение нескольких лет для уменьшения боли принимает курсами НПВС и миорелаксанты, которые в последнее время перестали помогать.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей, каких-либо серьезных хронических заболеваний в молодые и средние годы жизни не отмечалось. Последние 5 лет отмечаются подъемы артериального давления до 150/90 мм рт.ст., принимает бисопролол и амлодипин. Аденома предстательной железы, принимает омник. Глаукома, использует глазные капли. +

Семейный анамнез: мать страдала артериальной гипертензией, умерла от инфаркта миокарда; отец умер от инсульта. Имеет двоих взрослых детей, которые здоровы. +
Образование среднее специальное, работает электриком. Работа связана с частым пребыванием в неудобной позе с поднятыми вверх руками и запрокинутой головой, а также постоянным ношением в руке тяжелого ящика с инструментами. +

Алкоголь употребляет по праздникам в умеренном количестве, не курит. +
Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Соматический статус: состояние удовлетворительное. +

Нормостенического телосложения, повышенного питания, температура тела – 36,4 °С. +

Кожные покровы обычной окраски, чистые. +

Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. +

В легких дыхание без хрипов. +

Тоны сердца приглушены, шумов нет; АД – 145/85 мм рт.ст., пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный; живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах; печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. +

Дизурических явлений нет, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Визуально суставы не изменены. +

При обследовании обнаружено выпрямление шейного лордоза. Движения в шейном отделе резко ограничены в обе стороны, болезненны. Отмечается болевая гипестезия в области передних поверхностей обоих предплечий, тыла кистей рук и пальцах, за исключением мизинцев; с двух сторон отсутствуют рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц плеча, ослаблен карпорадиальный рефлекс. Гипотрофия двуглавых и трехглавых мышц, слабость сгибания и разгибания предплечий, а также пронации кистей с двух сторон, слабость сгибания 2 и 3 пальцев обеих рук. В двуглавых и трехглавых мышцах рук выявляются единичные фасцикуляции. В ногах слабость в проксимальных отделах до 4 баллов с повышением мышечного тонуса в разгибателях. Коленный и ахиллов рефлексы оживлены, зоны их вызывания расширены. Отмечается двусторонний рефлекс Бабинского. Походка спастико-паретическая. Отмечается небольшая задержка и частые ночные позывы на мочеиспускание.

Для уточнения причин и патогенетических механизмов неврологических расстройств у пациента необходимо проведение

- каротидную эндартерэктомию
- назначение новых оральных антикоагулянтов
- стентирование сонных артерий
- назначение статинов

Результат обследования

Для дифференциальной диагностики поражения периферической нервной системы следует выполнить

- каротидную эндартерэктомию
- назначение новых оральных антикоагулянтов
- стентирование сонных артерий
- назначение статинов

Результаты обследования

Боли в руках у пациента, вероятно, обусловлены поражением

- передних рогов шейного утолщения спинного мозга
- задних канатиков спинного мозга
- задних рогов шейного утолщения спинного мозга
- задних корешков

Парез в руках у пациента, вероятно, связан с поражением + _____ + спинного мозга

- передних рогов
- задних рогов шейного утолщения
- боковых канатиков
- задних канатиков шейного утолщения

Имеющийся у пациента парез в ногах вероятно связан с поражением + _____ + спинного мозга

- задних канатиков шейного утолщения
- боковых канатиков шейного утолщения
- боковых канатиков поясничного утолщения
- передних рогов поясничного утолщения

Предполагаемой причиной имеющихся неврологических нарушений является (-ются)

- дисфункция унковертебральных суставов
- закупорка артерии Адамкевича
- дисфункция дугоотростчатых фасеточных суставов
- грыжи межпозвонковых дисков

Данному пациенту можно поставить диагноз

- дисфункция унковертебральных суставов
- закупорка артерии Адамкевича
- дисфункция дугоотростчатых фасеточных суставов
- грыжи межпозвонковых дисков

Лечение пациента должно включать

- эпидуральные блокады
- ненаркотические анальгетики
- физические упражнения для шейного отдела позвоночника
- электрофорез с карипазимом

С целью уменьшения боли у пациента рекомендуется

- карипазим
- дулоксетин
- ипидакрин
- валокордин

Для лечения боли у пациента эффективны

- глюкокортикоиды внутривенно капельно
- антиконвульсанты
- ноотропные препараты
- иммуномодуляторы

Хирургическое лечение рекомендуется при

- латеральном расположении грыжи межпозвонкового диска
- значительной интенсивности болевого синдрома
- неэффективности консервативной терапии
- большом размере грыжи межпозвонкового диска

Предпочтительным методом хирургического лечения является

- латеральном расположении грыжи межпозвонкового диска
- значительной интенсивности болевого синдрома
- неэффективности консервативной терапии
- большом размере грыжи межпозвонкового диска

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет обратилась в поликлинику к врачу-неврологу.

Жалобы

Жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость при умственных и физических нагрузках, эмоциональную лабильность, плаксивость, раздражительность, снижение памяти.

Анамнез заболевания

Описанные выше жалобы появились около одного года назад, усилились в последние несколько недель.

Анамнез жизни

* Раннее развитие – без особенностей, в молодые и средние годы жизни каких-либо серьёзных заболеваний не было. В течение последних 10 лет отмечаются подъёмы АД до 180/110 мм рт.ст., в настоящее время принимает по этому поводу бисопролол 10 мг/сут и фиксированную комбинацию периндоприла 10 мг и амлодипина 10 мг, на этом фоне АД не превышает 140/90 мм рт.ст.

- * Семейный анамнез: отец и мать пациентки умерли от сердечно-сосудистых заболеваний.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Профессиональных вредностей не было, по профессии швея, в настоящее время на пенсии.
- * Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.
- * В настоящее время проживает дома одна, себя обслуживает, ведет домашнее хозяйство, ходит в магазин, оплачивает ЖКХ.

Объективный статус

Пациентка в удовлетворительном состоянии. Повышенного питания: рост – 168 см, масса тела – 80 кг, окружность живота – 103 см. При физикальном исследовании по органам и системам выявляется акцент второго тона над аортой. АД – 130/80 мм рт.ст, ЧСС – 60 в минуту. +

Неврологический статус: сознание ясное, контактна, правильно ориентирована в месте и времени, критична, фон настроения снижен. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь беглая, плавная, развернутая, лексический и грамматический строй речи сохранен. При исследовании высших мозговых функций: темп познавательной деятельности снижен, имеются колебания уровня внимания, умеренные нарушения памяти, единичные ошибки при выполнении пробы на серийный счёт (100 – 7), умеренные нарушения управляющих функций по типу импульсивности. МоСа тест – 24 балла (норма – не менее 26). Госпитальная шкала тревоги и депрессии: тревога – 9 баллов (пограничная тревога), депрессия – 11 баллов (клинически явная депрессия). Краниальная иннервация: недостаточность конвергенции, оживлены рефлексы орального автоматизма (хоботковый, ладонно-подбородочный с двух сторон). Лёгкая гипомимия и туловищная гипокинезия, мышечный тонус в норме. Парезов нет, сухожильные рефлексы живые, D=S, зоны вызывания слева обычные, патологических пирамидных знаков нет. Чувствительность интактна. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Походка: без особенностей. Тазовые органы контролирует.

Для исключения обратимых форм когнитивных нарушений необходимо выполнить

- латеральном расположении грыжи межпозвонкового диска
- значительной интенсивности болевого синдрома
- неэффективности консервативной терапии
- большом размере грыжи межпозвонкового диска

Результаты обследования

Для уточнения причины когнитивных нарушений необходимо выполнить

- латеральном расположении грыжи межпозвонкового диска
- значительной интенсивности болевого синдрома

- неэффективности консервативной терапии
- большом размере грыжи межпозвонкового диска

Результаты обследования

В неврологическом статусе у пациентки доминирует синдром + _____ + нарушений

- когнитивных и эмоциональных
- функционально-неврологических (конверсионных)
- центральных бульбарных (псевдобульбарных)
- психовегетативных

Когнитивные нарушения у пациентки являются

- умеренными, но не достигающими выраженности деменции
- выраженными (деменция)
- лёгкими
- преимущественно субъективными

Когнитивные нарушения у пациента с высокой степенью вероятности связаны с дисфункцией

- структур гиппокампового комплекса
- лобной
- зоны стыка теменной и затылочных долей
- зоны стыка височной и затылочных долей

Предполагаемым неврологическим диагнозом является

- структур гиппокампового комплекса
- лобной
- зоны стыка теменной и затылочных долей
- зоны стыка височной и затылочных долей

У пациентки следует диагностировать + _____ + стадию заболевания

- доклиническую (латентную)
- первую
- вторую
- третью

Лечение пациентки следует проводить

- в условиях дневного стационара
- в неврологическом отделении стационара
- в общетерапевтическом отделении стационара

- амбулаторно

Проводимую базовую антигипертензивную терапию следует считать

- недостаточной, так как цифры систолического АД выше 120 мм рт.ст.
- некорректной, так как не используются бета-блокаторы
- избыточной, так как в пожилом возрасте не следует снижать систолическое АД менее 150 мм рт.ст.
- адекватной

С целью улучшения когнитивных функций пациентке можно назначить

- донепезил
- холина альфосцерат
- мемантин
- ривастигмин

Для лечения имеющихся депрессивных нарушений можно назначить

- рисперидон
- феназепам
- эсциталопрам
- amitриптилин

Для профилактики прогрессирования сосудистых когнитивных нарушений наиболее эффективна + _____ + терапия

- рисперидон
- феназепам
- эсциталопрам
- amitриптилин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66, перенесший 5 месяцев назад ишемический инсульт, обратился в поликлинику по месту жительства к врачу-неврологу в связи с ухудшением состояния.

Жалобы

на слабость в левых конечностях, онемение в правых конечностях, нечеткость речи.

Анамнез заболевания

5 месяцев назад мужчина перенес ишемический инсульт со слабостью в левых конечностях. Находился на лечении в больнице, был установлен диагноз «ишемический инсульта». При МРТ головного мозга в области внутренней капсулы правого полушария

головного мозга найдена область ишемического поражения до 10 мм в диаметре. При дуплексном сканировании обнаружены стенозы обеих внутренних сонных артерий до половины диаметра. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 7,0 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,5 ммоль/л. На фоне лечения отмечено улучшение двигательных функций, пациент смог самостоятельно ходить и себя обслуживать. После выписки в течение 3 месяцев принимал назначенное в больнице лечение, затем отказался от него. За 4 недели до обращения в поликлинику у пациента возникли онемение в правых конечностях и нечеткость речи. Онемение в правых конечностях самостоятельно регрессировало в течение 3 суток, но нарушение речи сохранилось.

Анамнез жизни

- * В течение 5 лет страдает ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения.
- * В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией.
- * Курит, имеет низкую физическую активность, ожирение.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе обнаружены насильственный плач, нечеткость речи (дизартрия), сглаженность левой носогубной складки, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, перекос лица вправо при улыбке, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, снижение силы в левых конечностях до 4 баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, повышение тонуса в сгибателях левой руки и разгибателях левой ноги, симптом Бабинского слева. Пациент самостоятельно передвигается, полностью себя обслуживает. + При повторной МРТ, помимо очага в лобной доле правого полушария головного мозга, обнаружены новые ишемические очаги до 10 мм в диаметре. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 8,2 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,8 ммоль/л. При дуплексном сканировании обнаружены стенозы обеих внутренних сонных артерий до половины диаметра.

Двигательные нарушения следует расценить как

- центральный парез руки и периферический парез ноги
- центральный гемипарез
- периферический гемипарез
- смешанный гемипарез

Парез мимических мышц следует расценить как

- правосторонний периферический
- левосторонний центральный
- правосторонний центральный
- левосторонний периферический

Изменение мышечного тонуса следует расценить как

- феномен «зубчатого колеса»
- спастичность
- ригидность
- мышечную дистонию

Насильственный плач, изменение речи, высокие глоточные рефлексy и патологические симптомы орального автоматизма следует расценить как синдром

- псевдобульбарный
- альтернирующий Фовилля
- альтернирующий Мийяра – Гублера
- бульбарный

Патогенетическим типом ишемического поражения головного мозга у пациента является

- неуточненный
- атеротромботический
- лакунарный
- кардиоэмболический

Онемение в правых конечностях, возникшее у пациента за 4 недели до обращения в поликлинику, следует расценить как

- транзиторную ишемическую атаку в вертебробазилярном бассейне
- транзиторную ишемическую атаку в бассейне правой передней мозговой артерии
- повторный инсульт
- транзиторную ишемическую атаку в бассейне правой средней мозговой артерии

Для выявления возможных когнитивных нарушений следует провести исследование

- нейropsychологическое
- электроэнцефалографическое
- когнитивного вызванного потенциала P300
- полисомнографическое

В качестве анти тромботической терапии пациенту рекомендуется назначить

- гепарин
- ацетилсалициловую кислоту
- варфарин
- пентоксифиллин

В качестве гиполипидемической терапии пациенту рекомендуется назначить

- аторвастатин
- этилметилгидроксиперидина сукцинат
- препараты рыбьего жира
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты

Оптимальной дозой ацетилсалициловой кислоты для профилактики развития повторного инсульта является

- 50-75 мг
- 150-300 мг
- 300-600 мг
- 75-150 мг

Для профилактики повторного ишемического инсульта пациенту проводить хирургическое лечение на сонных артериях

- рекомендуется в виде последовательной (в период одной операции) левосторонней и правосторонней каротидной эндартерэктомии
- не рекомендуется
- рекомендуется в виде сначала правосторонней, а затем (через неделю) левосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде сначала левосторонней, а затем (через неделю) правосторонней каротидной эндартерэктомии

Из нелекарственных методов вторичной профилактики ишемического инсульта наиболее эффективным является

- рекомендуется в виде последовательной (в период одной операции) левосторонней и правосторонней каротидной эндартерэктомии
- не рекомендуется
- рекомендуется в виде сначала правосторонней, а затем (через неделю) левосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде сначала левосторонней, а затем (через неделю) правосторонней каротидной эндартерэктомии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 73 лет, перенесшая ишемический инсульт 6 месяцев назад, обратилась в поликлинику по месту жительства к врачу-неврологу в связи с ухудшением состояния.

Жалобы

На слабость в правых конечностях, неустойчивость, затруднение при глотании, осиплость голоса, онемение в правой половине лица и левых конечностях.

Анамнез заболевания

Пациентка перенесла ишемический инсульт 6 месяцев назад. Находилась на лечении в больнице, где с учетом данных МРТ головного мозга был поставлен диагноз «ишемический инсульт в стволе головного мозга». По данным ЭКГ установлена постоянная форма фибрилляции предсердий. При дуплексном сканировании обнаружен стеноз обеих внутренних сонных артерий до 30% диаметра. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 7,2 ммоль/л. На фоне лечения восстановилось глотание, улучшилась координация, но сохранилось онемение в правой половине лица и левых конечностях. Пациентка смогла самостоятельно ходить и себя обслуживать. После выписки продолжала принимать назначенное лечение, но через 2 месяца в связи с трудностью регулярного контроля крови заменила прием варфарина на 100 мг аспирина, перестала принимать винпоцетин, мексидол и кортексин. За 7 дней до обращения в поликлинику у пациентки возникла слабость в правых конечностях, которая полностью не проходила, что и послужило поводом для обращения за консультацией.

Анамнез жизни

- * В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией.
- * В течение 8 лет страдает ишемической болезнью сердца.
- * 3 года назад обнаружена постоянная форма фибрилляции предсердий.
- * Не курит, алкоголь не употребляет, имеет низкую физическую активность, страдает ожирением.

Объективный статус

Пациентка в ясном сознании. Артериальное давление – 160/90 мм рт.ст., пульс – 60-90 в минуту, неправильный. В неврологическом статусе выявлены птоз, миоз и энофтальм справа, осиплость голоса, затруднение глотания, свисание дужки мягкого нёба и ослабление глоточного рефлекса справа, снижение силы в правых конечностях до 4 баллов с повышением сухожильных рефлексов и симптомом Бабинского справа, ослабление болевой и температурой чувствительности на лице справа и на туловище и конечностях слева, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб в правых конечностях. Пациентка передвигается, пользуясь палочкой, она полностью себя обслуживает.

При повторной МРТ, помимо очага в стволе головного мозга, обнаружен новый ишемический очаг в левой лобной доле 20 мм в диаметре. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 7,2 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,5 ммоль/л. При дуплексном сканировании обнаружены стенозы обеих внутренних сонных артерий до половины диаметра.

Чувствительные нарушения следует расценить как

- спинальный проводниковый тип расстройств чувствительности
- альтернирующую гемигипестезию
- церебральную гемигипестезию
- сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности

Нарушения координации следует расценить как атаксию

- сенситивную
- лобную (апраксия ходьбы)
- вестибулярную
- мозжечковую

Глазные симптомы следует расценить как

- поражение отводящего нерва
- поражение медиального продольного пучка
- поражение глазодвигательного нерва
- синдром Горнера

Слабость в правых конечностях следует расценить как

- периферический гемипарез
- центральный гемипарез
- центральный парез руки и периферический парез ноги
- смешанный гемипарез

Развитие слабости в правых конечностях у пациентки следует расценить как проявление

- транзиторной ишемической атаки в бассейне левой передней мозговой артерии
- транзиторной ишемической атаки в вертебробазилярном бассейне
- повторного инсульта
- транзиторной ишемической атаки в бассейне левой средней мозговой артерии

Патогенетическим типом повторных ишемических нарушений мозгового кровообращения у пациентки является

- неуточненный
- атеротромботический
- лакунарный (поражение мелких артерий)
- кардиоэмболический

Развитие повторного ишемического нарушения мозгового кровообращения могло быть вызвано

- заменой варфарина на аспирин
- отменой приема мексидола
- отменой приема винпоцетина
- отменой приема кортексина

В качестве антитромботической терапии пациентке рекомендуется назначить

- ацетилсалициловую кислоту в дозе 300 мг в сутки
- комбинацию 100 мг ацетилсалициловой кислоты и 75 мг клопидогрела
- варфарин
- ацетилсалициловую кислоту в дозе 500 мг в сутки

Другим вариантом антитромботической терапии у пациентки может быть назначение

- апиксабана
- эноксапарина
- пентоксифиллина
- гепарина

Необходимо соблюдать диету при приеме

- клопидогрела
- апиксабана
- варфарина
- ацетилсалициловой кислоты

Антитромботические средства следует принимать

- 3 месяца постоянно, затем перерыв на неделю
- год постоянно, затем перерыв на месяц
- постоянно
- 6 месяцев постоянно, затем перерыв на неделю

Для профилактики повторного ишемического инсульта проводить пациентке хирургическое лечение на сонных артериях

- 3 месяца постоянно, затем перерыв на неделю
- год постоянно, затем перерыв на месяц
- постоянно
- 6 месяцев постоянно, затем перерыв на неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 лет, перенесшая год назад ишемический инсульт, обратилась в поликлинику по месту жительства к врачу-неврологу в связи с ухудшением состояния.

Жалобы

На нарушение речи, насильственный плач, слабость в конечностях, ослабление чувствительности в левых конечностях, асимметрию лица.

Анамнез заболевания

7 месяцев назад женщина перенесла ишемический инсульт с нарушением речи,

слабостью и онемением в правых конечностях. Находилась на лечении в больнице, был установлен диагноз «ишемический инсульт». При МРТ головного мозга в лобной и теменной долях левого полушария обнаружено очаговое ишемическое поражение до 50 мм в диаметре. При дуплексном сканировании обнаружены стеноз левой внутренней сонной артерии до 60% диаметра, стеноз правой внутренней сонной артерии до 30% диаметра. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 6,8 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,4 ммоль/л. На фоне лечения отмечено улучшение, пациентка смогла самостоятельно ходить и себя обслуживать, у неё восстановилась речь. После выписки в течение 5 месяцев пациентка принимала назначенное в больнице лечение, затем отказалась от приема валсартана, аторвастатина, а также парацетама, мексидола и кортексина. За месяц до обращения в поликлинику у пациентки возникла легкая слабость в левых конечностях, которая уменьшилась в течение 2 суток. В дальнейшем пациентка стала отмечать насильственный плач, затруднение при глотании, что и послужило поводом для обращения в поликлинику.

Анамнез жизни

- * В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией.
- * В течение 5 лет страдает ишемической болезнью сердца.
- * Не курит, алкоголь не употребляет, имеет низкую физическую активность и избыточный вес.

Объективный статус

Пациентка в ясном сознании. Артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный. Речь пациентки нечеткая, «каша во рту», но говорит свободно, обращенную речь понимает полностью. В неврологическом статусе также обнаружены сглаженность правой носогубной складки, слабость нижней части мимической мускулатуры справа, при улыбке перекося лица вправо, насильственный смех, легкие признаки дисфонии и дисфагии, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, снижение силы в правой руке до 3 баллов, в остальных конечностях до 4 баллов, оживление сухожильных рефлексов с обеих сторон, повышение тонуса в сгибателях рук и разгибателях ног, симптомы Тремнера и Бабинского с обеих сторон. Пациентка самостоятельно передвигается, полностью себя обслуживает. При МРТ, помимо «старого» очага в левом полушарии головного мозга, обнаружен новый ишемический очаг в области лобной доли правого полушария 20 мм в диаметре. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 8,0 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 4,0 ммоль/л. При дуплексном сканировании обнаружены стенозы обеих внутренних сонных артерий до 70% диаметра.

Двигательные нарушения следует расценить как

- центральный тетрапарез
- периферический тетрапарез
- смешанный тетрапарез
- центральный верхний парапарез и периферический нижний парапарез

Парез мимических мышц лица следует расценить как

- правосторонний периферический
- правосторонний центральный
- левосторонний периферический
- левосторонний центральный

Изменение мышечного тонуса следует расценить как

- ригидность
- гемибаллизм
- мышечную дистонию
- спастичность

Насильственный смех, дисфонию и дисфагию, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма следует расценить как синдром

- альтернирующий Бенедикта
- бульбарный
- альтернирующий Мийяра – Гублера
- псевдобульбарный

Нарушение речи следует расценить как

- дизартрию
- моторную афферентную афазию
- моторную эфферентную афазию
- семантическую афазию

Патогенетическим типом повторных ишемических нарушений мозгового кровообращения у пациентки является

- неуточненный
- кардиоэмболический
- атеротромботический
- лакунарный (поражение мелких артерий)

Развитие повторного ишемического нарушения мозгового кровообращения у пациентки могло быть вызвано отменой приема

- валсартана
- мексидола
- пирацетама
- кортексина

Увеличение степени стеноза внутренней сонной артерии у пациентки могло быть вызвано отменой приема

- кортексина
- пирацетама
- мексидола
- аторвастатина

В качестве антитромботической терапии пациентке рекомендуется назначить

- пентоксифиллин
- варфарин
- ривароксабан
- ацетилсалициловую кислоту

Антитромботические средства пациенту следует принимать

- 3 месяца постоянно, затем перерыв на неделю
- 6 месяцев постоянно, затем перерыв на неделю
- постоянно
- год постоянно, затем перерыв на месяц

Для оценки эффективности антитромботической терапии проводить регулярный контроль показателей крови

- рекомендуется путем исследования агрегации эритроцитов
- рекомендуется путем исследования агрегации тромбоцитов
- не рекомендуется
- рекомендуется путем исследования коагулограммы

Для оценки эффективности антигипертензивной терапии рекомендуется

- рекомендуется путем исследования агрегации эритроцитов
- рекомендуется путем исследования агрегации тромбоцитов
- не рекомендуется
- рекомендуется путем исследования коагулограммы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет пришел в сопровождении жены на консультацию к врачу-неврологу.

Жалобы

Предъявляет жалобы на головные боли, ощущение тошноты в утренние часы.

Анамнез заболевания

В течение последних четырех месяцев у пациента начали возникать приступы ощущения неприятного запаха. Приступы возникали внезапно, без видимых причин и продолжались в течение нескольких минут. Постепенно частота возникновения приступов начала

возрастать. Длительность приступов увеличилась. Спустя месяц с момента начала заболевания возникли головные боли. Пациент характеризует их, как боли сжимающего характера по типу «обруча», распространяющиеся по всей голове. Интенсивность головных болей постепенно нарастала. Прием таблетированных НПВС не позволял надежно купировать боль. Родственники заметили, что больной начал периодически «замирать», отключаться от разговора на несколько секунд. В течение последних недель начал отмечать тошноту в утренние часы. Со слов жены стал раздражителен, начал проявлять агрессивность в отношении близких родственников, возникли проблемы с передвижением, начал часто «натывать на предметы».

Анамнез жизни

Хронических заболеваний нет. Пациент курит с 17 лет, алкоголем не злоупотребляет. За 5 лет до настоящего заболевания в возрасте 44 лет у больного была выявлена язва двенадцатиперстной кишки. По поводу язвенной болезни проведен курс стационарного лечения. С момента окончания курса противоязвенной терапии до настоящего времени клинических проявлений язвенной болезни не отмечалось.

Объективный статус

Пациент в сознании, контактен, ориентирован в месте, времени и собственной личности. С врачом общается неохотно. Считает, что он «просто устал на работе и нуждается в отдыхе». Критика к своему состоянию снижена. Ответы пациента постоянно уточняет жена. В неврологическом статусе отмечается оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева. Мышечный тонус слегка повышен в левых конечностях по пирамидному типу. При оценке полей зрения создается впечатление о левосторонней гемианопсии.

Первым и наиболее информативным исследованием, необходимым для уточнения диагноза является

- рекомендуется путем исследования агрегации эритроцитов
- рекомендуется путем исследования агрегации тромбоцитов
- не рекомендуется
- рекомендуется путем исследования коагулограммы

Результаты обследования

По данным проведенного МРТ-исследования у пациента обнаружена

- рекомендуется путем исследования агрегации эритроцитов
- рекомендуется путем исследования агрегации тромбоцитов
- не рекомендуется
- рекомендуется путем исследования коагулограммы

Неоднородное накопление контрастного препарата в центре опухоли с формированием тонкой зоны накопления по периферии по типу «кольца», выявленное у пациента, типично для

- дермоидной кисты
- абсцесса правой затылочной доли
- глиобластомы
- менингиомы

Проведение рентгеновской КТ головного мозга у данного больного для уточнения диагноза

- не требуется, т.к. рентгеновская КТ не используется в диагностике опухолей головного мозга в связи с низкой информативностью при этой патологии
- необходимо, т.к. его информативность при опухолях головного мозга выше, чем информативность МРТ-исследования
- не требуется, т.к. МРТ является методом выбора при диагностике опухолей головного мозга
- не требуется, т.к. рентгеновская КТ и МРТ при опухолях головного мозга имеют одинаковую информативность и полностью взаимозаменяемы, выбор методики визуализации определяется только предпочтением лечебного учреждения

На представленных МР-томограммах хорошо видна дислокация мозга, которая представляет собой

- вклинение мозжечка в вырезку мозжечкового намета
- височно-тенториальное вклинение с компрессией ножек мозга
- вклинение миндалик мозжечка в большое затылочное отверстие с компрессией продолговатого мозга
- вклинение поясной извилины под фалькс

Пациентам с опухолью мозга офтальмологический осмотр проводят для оценки

- остроты зрения
- состояния глазного дна, поля зрения и объема движений глазных яблок
- внутриглазного давления
- прозрачности хрусталика

Гемианопсия в данном клиническом наблюдении вызвана

- опухолевой компрессией области хиазмы
- тракционным повреждением зрительного нерва на фоне грубой деформации мозга
- неопухолевым поражением и не связана с основным заболеванием
- опухолевой компрессией и инфильтрацией области зрительной лучистости

Приступообразные ощущения неприятного запаха, которые испытывает больной, связаны с

- тракционным повреждением обонятельного тракта на фоне грубой деформации мозга

- распространением опухоли на базальную поверхность лобной доли
- опухолевой компрессией и инфильтрацией передней части гиппокампа, включающей крючок и миндалевидное тело
- патологией ЛОР-органов и не имеют прямой связи с опухолью мозга

С целью купирования отека мозга в качестве первой линии терапии пациенту показано назначение

- осмотических диуретиков
- глюкокортикоидов
- неосмотических диуретиков
- сочетания глюкокортикоидов, осмотических и неосмотических диуретиков

Наиболее частым и опасным осложнением лечения отека мозга с использованием глюкокортикоидов у больных с опухолями мозга является

- бессонница
- повышенный аппетит и прибавка в весе
- стероидный психоз
- образование эрозий и язв слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

Осмотические диуретики пациентам с опухолью головного мозга назначают

- только при злокачественных образованиях
- только при доброкачественных образованиях
- только при появлении клинических признаков нарушения сознания вследствие внутричерепной гипертензии и дислокационного синдрома
- во всех случаях, независимо от тяжести состояния больного

Назначение антиконвульсантов больному с опухолью головного мозга

- только при злокачественных образованиях
- только при доброкачественных образованиях
- только при появлении клинических признаков нарушения сознания вследствие внутричерепной гипертензии и дислокационного синдрома
- во всех случаях, независимо от тяжести состояния больного

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет пришла в сопровождении дочери на консультацию к врачу-неврологу.

Жалобы

Жалоб в момент осмотра не предъявляет.

Анамнез заболевания

В течение двух месяцев у пациентки возникло два генерализованных тонико-клонических судорожных припадков.

Анамнез жизни

Хронических заболеваний нет. Пациентка не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Пациентка в сознании, контактна, адекватна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. В неврологическом статусе отмечается оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева. В остальном без очаговой неврологической симптоматики.

Дополнительная информация

Дебютом клинических проявлений заболевания явились эпилептические припадки. Они впервые возникли у пациентки старше 60 лет, что позволяет предположить наличие объемного образования головного мозга – опухоли

Наиболее информативным исследованием для уточнения диагноза в этой ситуации является

- только при злокачественных образованиях
- только при доброкачественных образованиях
- только при появлении клинических признаков нарушения сознания вследствие внутричерепной гипертензии и дислокационного синдрома
- во всех случаях, независимо от тяжести состояния больного

Результаты обследования

Осмотр офтальмологом позволяет получить информацию о внутричерепном давлении при оценке

- состояния глазного дна
- прозрачности хрусталика
- внутриглазного давления
- остроты зрения

Внутривенное контрастирование в ходе МРТ-исследования с целью диагностики опухоли головного мозга проводят при сканировании в режиме

- FLAIR
- T2
- DWI
- T1

У больной по данным проведенного МРТ-исследования обнаружена опухоль, растущая из оболочек мозга, называемая

- FLAIR
- T2
- DWI
- T1

Тяжесть состояния больных с опухолями головного мозга принято оценивать по шкале

- Освестри
- ВАШ
- Карновского
- Ханта и Хесса

В данном клиническом примере по шкале Карновского пациентка набирает + _____ + баллов

- 50
- 30
- 90
- 10

Люмбальная пункция для диагностики опухоли головного мозга

- показана даже при наличии МРТ-исследования, она должна проводиться для подтверждения диагноза во всех случаях
- не используется в связи с отсутствием клинической значимости и риском ухудшения состояния пациентов после нее
- показана, но ее следует проводить только тем пациентам, которым невозможно выполнить МРТ-исследование
- не используется в связи с отсутствием клинической значимости, но она не несет риска ухудшения состояния больных с опухолями

В данном клиническом наблюдении онкологический поиск для обнаружения возможных метастазов

- проводить не нужно
- провести необходимо из-за возможности злокачественных опухолей других органов
- провести необходимо для обнаружения отдаленных метастазов
- провести необходимо из-за злокачественного характера опухоли

Проведение дегидратационной терапии в данном клиническом наблюдении с учетом отсутствия расстройства сознания, отсутствия признаков отека мозга по данным МРТ-исследования и отсутствия застойных изменений на глазном дне

- не показано (при стабильном состоянии больного)
- не показано, поскольку проводится только пациентам в коме
- необходимо для любого больного с опухолью головного мозга
- не показано в связи с отсутствием эффекта при менингиоме

Назначение антиконвульсантов больной

- не показано, поскольку они неэффективны при симптоматической эпилепсии
- показано в связи с наличием эписиндрома
- показано только после удаления опухоли
- показано, поскольку антиконвульсанты назначаются всегда при опухоли головного мозга

При лечении эписиндрома у данной больной следует использовать

- карбамазепин
- дексаметазон и не назначать антиконвульсанты
- фенobarбитал
- только осмотические диуретики и не назначать антиконвульсанты

После проведения операции больная вновь вернулась к Вам на прием. В представленной из нейрохирургического стационара выписке указано: произведено тотальное удаление опухоли, гистологическое заключение – менингиома Grade I.

Направление к онкологу этой больной

- карбамазепин
- дексаметазон и не назначать антиконвульсанты
- фенobarбитал
- только осмотические диуретики и не назначать антиконвульсанты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 направлен в поликлинику к врачу-неврологу из отделения лучевой диагностики, где проходил МРТ головного мозга.

Жалобы

На слабость и онемение в левых конечностях.

Анамнез заболевания

2 недели назад мужчина днем после еды отметил слабость и онемение в левых конечностях. Он обратился за неотложной медицинской консультацией. Врачом скорой медицинской помощи при измерении артериального давления установлено его повышение до 180/105 мм рт.ст. Слабость в левых конечностях к моменту консультации существенно уменьшилась. Состояние было расценено как «гипертонический церебральный криз», рекомендованы антигипертензивные средства. На фоне их приема

артериальное давление нормализовалось на уровне 140/80 мм рт.ст. Поскольку слабость и онемение в левых конечностях не проходили полностью, пациент проконсультировался со знакомым врачом, по его совету провел анализы крови, исследование сосудов, а затем МРТ головного мозга. При дуплексном сканировании обнаружены стеноз левой внутренней сонной артерии до половины диаметра и правой внутренней сонной артерии до 30% диаметра. В биохимическом анализе крови найдено повышение общего холестерина до 6,8 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,2 ммоль/л. По данным МРТ в области правой внутренней капсулы обнаружена область свежего ишемического поражения до 10 мм, а также множественные очаги старых ишемических поражений в обоих полушариях головного мозга. Врач отделения лучевой диагностики рекомендовал пациенту экстренно обратиться к неврологу.

Анамнез жизни

- * В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией.
- * В течение 5 лет страдает сахарным диабетом 2 типа.
- * Курит более 50 лет, алкоголь употребляет в умеренных количествах, имеет низкую физическую активность и избыточный вес.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление – 140/80 мм рт.ст. (на фоне приема антигипертензивных средств), пульс – 70 ударов в минуту, правильный. По данным Краткой шкалы оценки психического статуса пациент набирает 25 из 30 возможных баллов, по данным госпитальной шкалы тревоги – 3 балла, депрессии – 5 баллов. В неврологическом статусе выявлены легкие признаки дисфонии и дисфагии, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, ослабление чувствительности слева на лице, туловище и конечностях, снижение силы в левых конечностях до 4 баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптомы Тремнера и Бабинского слева.

Чувствительные нарушения следует расценить как

- альтернирующую гемигипестезию
- сегментарно-корешковый тип расстройств чувствительности
- церебральную гемигипестезию
- сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности

Двигательные нарушения следует расценить как гемипарез

- атактический
- смешанный
- центральный
- периферический

Насильственный смех, дисфонию и дисфагию, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма следует расценить как

- поражение языкоглоточного нерва
- псевдобульбарный синдром
- бульбарный синдром
- поражение блуждающего нерва

Патогенетическим типом ишемического инсульта у пациента является

- кардиоэмболический
- атеротромботический
- неуточненный
- лакунарный

Когнитивные функции по краткой шкале оценки психического статуса соответствуют

- умеренным когнитивным нарушениям
- деменции легкой степени выраженности
- нормальным возрастным показателям
- деменции умеренной степени выраженности

Эмоциональное состояние пациента по госпитальной шкале тревоги и деперссии соответствует

- субклинически выраженной тревоге и депрессии
- норме
- субклинически выраженной тревоге и клинически выраженной депрессии
- клинически выраженной тревоге и депрессии

В качестве антитромботической терапии пациенту рекомендуется назначить

- ривароксабан
- апиксабан
- пентоксифиллин
- ацетилсалициловую кислоту

В качестве гиполипидемической терапии рекомендуется назначить

- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
- клофибрат
- аторвастатин
- этилметилгидроксиперидина сукцинат

Антитромботические средства пациенту следует принимать

- год постоянно, затем перерыв на месяц
- 6 месяцев постоянно, затем перерыв на неделю
- постоянно
- 3 месяца постоянно, затем перерыв на неделю

Для оценки эффективности антитромботической терапии пациенту проводить регулярный контроль показателей крови

- рекомендуется путем исследования коагулограммы
- не рекомендуется
- рекомендуется путем исследования печеночных и почечных ферментов
- рекомендуется путем исследования агрегации тромбоцитов

Для профилактики повторного ишемического инсульта пациенту проводить хирургическое лечение на сонных артериях

- рекомендуется в виде сначала правосторонней, а затем (через неделю) левосторонней каротидной эндартерэктомии
- не рекомендуется
- рекомендуется в виде сначала левосторонней, а затем (через неделю) правосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде последовательной (в период одной операции) левосторонней и правосторонней каротидной эндартерэктомии

Из нелекарственных методов вторичной профилактики ишемического инсульта у пациента наиболее эффективным является

- рекомендуется в виде сначала правосторонней, а затем (через неделю) левосторонней каротидной эндартерэктомии
- не рекомендуется
- рекомендуется в виде сначала левосторонней, а затем (через неделю) правосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде последовательной (в период одной операции) левосторонней и правосторонней каротидной эндартерэктомии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Г. 42 лет самостоятельно обратилась на прием к врачу-неврологу.

Жалобы

Предъявляет жалобы на головные боли, усиливающиеся в вечернее время, чувство онемения в правой кисти, «неловкость» правой кисти.

Анамнез заболевания

В течение последнего года начала ощущать постепенно нарастающую по интенсивности головную боль, которая в последние месяцы сильнее беспокоит в вечернее время. В последние две недели начала ощущать онемение правой кисти. Кисть стала «неловкой», возникли трудности с выполнением повседневной работы. В связи с головной болью самостоятельно начала регулярно принимать аспирин УПСА по 500 мг на ночь. По настоянию родственников самостоятельно выполнила МРТ-исследование головного

мозга (рис. 1). После исследования обратилась на прием к неврологу.

Рисунок 1. МРТ-исследование головного мозга. +

Аксиальные срезы в режимах: +

А – T2, +

Б – T1, +

В – FLAIR, +

Г – коронарный срез в режиме T2.

По результатам МРТ выявлена внутримозговая опухоль левого полушария головного мозга. При внутривенном контрастировании накопления контрастного вещества в ткани опухоли не отмечено.

Анамнез жизни

Хронических заболеваний и вредных привычек нет.

Объективный статус

Пациентка в сознании, контактна, адекватна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. В неврологическом статусе отмечается оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа. Мышечный тонус слегка повышен в правых конечностях по пирамидному типу. Отмечается незначительное снижение силы в правой кисти. Правая рука опускается в пробе Барре. Намек на симптом Бабинского справа. Выявляется правосторонняя гемигипестезия, выраженная сильнее в дистальных отделах руки.

С целью уточнения тактики и прогноза лечения целесообразно провести

- рекомендуется в виде сначала правосторонней, а затем (через неделю) левосторонней каротидной эндартерэктомии
- не рекомендуется
- рекомендуется в виде сначала левосторонней, а затем (через неделю) правосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде последовательной (в период одной операции) левосторонней и правосторонней каротидной эндартерэктомии

Результаты обследования

Внутривенное контрастирование в ходе МРТ-исследования с целью диагностики опухоли головного мозга проводят при сканировании в режиме

- DWI
- T2
- FLAIR
- T1

Отсутствие накопления контраста в обнаруженной у пациентки в ходе МРТ-исследования внутримозговой опухоли

- не является серьезным прогностическим критерием, позволяющим предполагать степень злокачественности и состояние гематоэнцефалического барьера
- является признаком грубого нарушения функции гематоэнцефалического барьера в ткани образования
- позволяет предполагать, что данное образование имеет низкую степень злокачественности
- говорит о высокой степени злокачественности этого образования

Проведение рентгеновской КТ головного мозга для уточнения диагноза у данной больной

- нецелесообразно, т.к. методом выбора при диагностике опухолей головного мозга является МРТ
- не показано, рентгеновская КТ не используется в диагностике опухолей головного мозга в связи с низкой информативностью метода при этой патологии
- необходимо, т.к. его информативность при опухолях головного мозга выше, чем информативность МРТ-исследования
- не требуется, т.к. рентгеновская КТ и МРТ головного мозга при опухолях имеют одинаковую информативность и полностью взаимозаменяемы, выбор методики визуализации определяется только предпочтением лечебного учреждения и наличием диагностического оборудования

МРТ-исследование головы необходимо дополнять МРТ-исследованием всех отделов спинного мозга с контрастированием при

- менингиомах в связи с высоким риском метастазирования из них; в данном случае мы можем заподозрить наличие менингиомы, поэтому необходимо выполнить МРТ исследование всех отделов спинного мозга
- медуллобластоме; в данном случае у женщины среднего возраста с супратенториальной опухолью проводить МРТ-исследование всех отделов спинного мозга перед операцией не нужно
- аденомах гипофиза в связи с высоким риском метастазирования из них; в данном случае у больной выявлена опухоль, которая может являться аденомой гипофиза, поэтому необходимо выполнить МРТ-исследование всех отделов спинного мозга
- липомах; в данном случае у больной выявлена типичная липома, поэтому необходимо выполнить МРТ-исследование всех отделов спинного мозга

Люмбальная пункция с целью уточнения диагноза при опухоли головного мозга

- показана, но ее следует проводить только тем пациентам, которым невозможно выполнить МРТ-исследование
- не используется в связи с отсутствием клинической значимости и риском ухудшения состояния пациентов после нее
- показана в связи с тем, что опухоли часто осложняются асептическим менингитом

- показана даже при наличии МРТ-исследования, она должна проводиться для подтверждения диагноза

Шкала Карновского у больных с опухолями головного мозга используется для унифицирования оценки

- выраженности болевого синдрома
- тяжести состояния
- размеров опухоли
- степени выраженности двигательных расстройств

В данном клиническом примере по шкале Карновского пациентка набирает + _____ + баллов

- 40
- 10
- 60
- 90

Головные боли при опухолях головного мозга

- являются следствием реактивного менингита, возникающего при церебральных опухолях
- обычно являются проявлением синдрома внутричерепной гипертензии
- в большинстве случаев не связаны непосредственно с опухолевым поражением и являются проявлением головных болей напряжения
- являются признаком окклюзионной гидроцефалии и возникают только на ее фоне

В клинической картине опухоли отмечается правосторонняя гемигипестезия, которая

- связана с поражением ствола вследствие дислокации мозга
- не связана с выявленной опухолью
- вызвана вовлечением в опухолевое поражение структур постцентральной извилины
- является следствием таламического поражения

Лечение антиконвульсантами

- в случае выявления первичной или метастатической опухоли мозга показано каждому больному вне зависимости от наличия или отсутствия у него симптоматической эпилепсии; в данном случае антиконвульсанты должны быть назначены с профилактической целью
- показано больной только в случае удаления опухоли, т.к. после внутричерепных операций антиконвульсанты должны назначаться в обязательном порядке
- больной не показано, т.к. они не дают эффекта при опухолях головного мозга, единственной возможностью купировать эпилептические приступы является удаление опухоли

- при первичной или метастатической опухоли мозга показано только при наличии эписиндрома; данной больной не показано назначение антиконвульсантов в связи с отсутствием эписиндрома

Для купирования головной боли, вызванной опухолью головного мозга, пациентке показано назначение

- в случае выявления первичной или метастатической опухоли мозга показано каждому больному вне зависимости от наличия или отсутствия у него симптоматической эпилепсии; в данном случае антиконвульсанты должны быть назначены с профилактической целью
- показано больной только в случае удаления опухоли, т.к. после внутричерепных операций антиконвульсанты должны назначаться в обязательном порядке
- больной не показано, т.к. они не дают эффекта при опухолях головного мозга, единственной возможностью купировать эпилептические приступы является удаление опухоли
- при первичной или метастатической опухоли мозга показано только при наличии эписиндрома; данной больной не показано назначение антиконвульсантов в связи с отсутствием эписиндрома

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 16 лет в сопровождении матери пришла на консультацию к врачу-неврологу.

Жалобы

Предъявляет жалобы на незначительное онемение в левой руке.

Анамнез заболевания

За сутки до настоящего осмотра внезапно испытала ощущение «прохождения тока в предплечье и кисти левой руки», через 1-2 секунды рука начала непроизвольно судорожно сокращаться. После этого судорожные подергивания перешли на ногу. Больная успела сесть на пол и позвала мать, находившуюся в соседней комнате. В присутствии подошедшей матери больная потеряла сознание. Далее мать пациентки описывает развитие типичного генерализованного клонико-тонического эпилептического припадка. После восстановления сознания больная начала ощущать онемение в левой руке, которое постепенно регрессирует и в настоящий момент выражено уже очень незначительно. Через 2 часа с момента припадка была осмотрена врачом скорой помощи. В момент осмотра чувствовала себя хорошо и от предложенной госпитализации категорически отказалась. По рекомендации врача было выполнено МРТ-исследование головного мозга (рис.№1). После получения результатов исследования пациентка с матерью самостоятельно обратились к неврологу. На момент осмотра прошло 16 часов после припадка.

Рис. 1. МРТ – исследование головного мозга. +

Представлены следующие режимы: +

А – T1 без контрастирования, аксиальный срез; +

Б – T2, аксиальный срез; +

В – FLAIR, аксиальный срез; +

Г – T1 с контрастированием, аксиальный срез; +

Д – T1 с контрастированием, коронарный срез; +

Е – T1 с контрастированием, сагиттальный срез.

Заключение МРТ-исследования: кистозная внутримозговая опухоль правой теменной доли.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Хронических заболеваний нет. Вредные привычки отрицает. В настоящий момент учится в 10 классе средней школы.

Объективный статус

Пациентка в сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. В неврологическом статусе отмечается незначительное оживление сухожильных и периостальных рефлексов в левых конечностях, негрубо выраженная болевая гипестезия в области левого предплечья. Иной очаговой симптоматики нет.

Эпилептические припадки при опухоли головного мозга

- не встречаются
- возникают редко, они обычно отмечаются в терминальной фазе заболевания и никогда не бывают его первым клиническим проявлением
- возможны, но они крайне редко бывают первым клиническим проявлением заболевания
- являются типичным клиническим дебютом заболевания

Начало припадка с ощущения прохождения тока («ползания мурашек») в области предплечья и кисти левой руки указывает на поражение

- левой затылочной доли
- правой теменной доли
- левой височной доли
- правой затылочной доли

Патологический очаг, вызывающий постприпадочное расстройство болевой чувствительности в левой руке, расположен в

- верхней височной извилине слева
- верхней теменной дольке слева
- нижней лобной извилине слева
- постцентральной извилине справа

Возникновение моторного компонента припадка с развитием типичного «джексоновского марша» вызвано распространением возбуждения на

- верхнюю теменную долю
- верхнюю височную извилин
- переднюю центральную извилин
- нижнюю теменную долю

Внутривенное контрастирование в ходе МРТ-исследования с целью диагностики опухоли головного мозга проводят при сканировании в режиме

- T2
- DWI
- FLAIR
- T1

Опухоли супратенториального пространства у детей и подростков

- встречаются реже, чем у взрослых пациентов; чаще встречаются опухоли задней черепной ямки
- не отличаются по частоте встречаемости от взрослой популяции
- не встречаются
- встречаются чаще, чем у взрослых; опухоли задней черепной ямки в детском и подростковом возрасте не встречаются

С целью купирования отека перифокальной зоны мозга при опухолях в качестве первой линии терапии используются

- глюкокортикоиды
- осмотические диуретики
- неосмотические диуретики
- блокаторы кальциевых каналов

Для купирования отека мозга при опухолях больным, находящимся в ясном сознании, обычно назначают

- бетаметазон в дозе 1 мг один раз в три дня внутримышечно
- дексаметазон в дозе 24 мг два или три раза в сутки внутривенно капельно; суммарная доза колеблется в диапазоне от 48 до 72 мг
- дексаметазон в дозе 4-8 мг два или три раза в день внутримышечно; суммарная доза колеблется в диапазоне от 8 до 24 мг
- дексаметазон в дозе 10-12 мг четыре раза в сутки внутримышечно; суммарная доза колеблется в диапазоне от 40 до 48 мг

Осмотические диуретики пациентам с опухолью головного мозга назначают

- только при быстром нарастании клинических признаков внутричерепной гипертензии и дислокационного синдрома, поэтому данная больная в назначении осмотических диуретиков не нуждается

- только лицам старше 20-22 лет, поэтому назначение осмотических диуретиков данной больной не показано
- только при расположении образования в задней черепной ямке; осмотические диуретики неэффективны при лечении отека головного мозга у больных с супратенториальными опухолями, поэтому назначение осмотических диуретиков данной больной не показано
- сразу же после выявления опухоли независимо от их состояния; осмотические диуретики являются единственно эффективными препаратами при лечении отека мозга онкологической природы, поэтому данная больная нуждается в немедленном назначении осмотических диуретиков

Назначение антиконвульсантов этой больной

- только при быстром нарастании клинических признаков внутричерепной гипертензии и дислокационного синдрома, поэтому данная больная в назначении осмотических диуретиков не нуждается
- только лицам старше 20-22 лет, поэтому назначение осмотических диуретиков данной больной не показано
- только при расположении образования в задней черепной ямке; осмотические диуретики неэффективны при лечении отека головного мозга у больных с супратенториальными опухолями, поэтому назначение осмотических диуретиков данной больной не показано
- сразу же после выявления опухоли независимо от их состояния; осмотические диуретики являются единственно эффективными препаратами при лечении отека мозга онкологической природы, поэтому данная больная нуждается в немедленном назначении осмотических диуретиков

Дополнительная информация

Данная пациентка перенесла операцию по удалению опухоли. Она пришла к Вам на прием повторно после выписки из стационара чрез 2 недели после операции. Неврологическая симптоматика регрессировала. В представленной выписке указано, что опухоль представляла собой пилоидную астроцитому (доброкачественная узловатая форма астроцитом) и была удалена тотально. После операции эпилептических припадков не отмечалось.

Противосудорожную терапию

- после удаления опухоли необходимо получать пожизненно, независимо от наличия припадков после операции
- необходимо продолжать в течение одного года после последнего припадков; далее, при условии отсутствия признаков рецидива опухоли и пароксизмальной активности на ЭЭГ, можно начать отмену препарата
- после тотального удаления опухоли можно отменять сразу после операции, т.к. патологический процесс удален
- после удаления опухоли необходимо отменить сразу после вмешательства, т.к. после нейрохирургических операций она неэффективна

Больная

- после удаления опухоли необходимо получать пожизненно, независимо от наличия припадков после операции
- необходимо продолжать в течение одного года после последнего припадка; далее, при условии отсутствия признаков рецидива опухоли и пароксизмальной активности на ЭЭГ, можно начать отмену препарата
- после тотального удаления опухоли можно отменять сразу после операции, т.к. патологический процесс удален
- после удаления опухоли необходимо отменить сразу после вмешательства, т.к. после нейрохирургических операций она неэффективна

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А. 37 лет обратилась за консультацией врача-невролога в клинику нервных болезней.

Жалобы

На головную боль по типу «обруча» сжимающего, сдавливающего характера.

Анамнез заболевания

Около 4 месяцев назад пациентка получила бытовую травму, была избита мужем. Теряла сознание на несколько секунд, в последующем беспокоили тошнота, кратковременные головокружения. Лечилась амбулаторно по поводу закрытой травмы черепа с сотрясением головного мозга. При КТ головы, сделанной в острый период травмы, патологических изменений найдено не было. Пациентка получала симптоматическую терапию и спустя 14 дней выписана на работу. С момента выхода на работу стали беспокоить жалобы на головную боль по типу «обруча» сжимающего, сдавливающего характера. В первое время подобная головная боль отмечалась 3-4 раза в месяц, в последние три месяца на фоне судебного процесса с мужем головная боль беспокоит практически постоянно. Физическая нагрузка не усиливает болевые ощущения. На фоне головной боли периодически отмечается лёгкая тошнота.

Анамнез жизни

- Не курит, алкоголь не употребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Отмечает нечастые острые респираторные вирусные инфекции.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 74 кг, рост – 168 см. Температура тела – 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При пальпации выявляется напряжение и болезненность перикраниальных мышц. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. +

Неврологический статус: сознание ясное. Пациентка ориентирована в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Роговичные рефлексы сохранены, расстройств чувствительности на лице нет. Вкус не нарушен. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мягкое нёбо фонировано. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполнила удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

Методом обследования, позволяющим установить форму головной боли, является

- после удаления опухоли необходимо получать пожизненно, независимо от наличия припадков после операции
- необходимо продолжать в течение одного года после последнего припадка; далее, при условии отсутствия признаков рецидива опухоли и пароксизмальной активности на ЭЭГ, можно начать отмену препарата
- после тотального удаления опухоли можно отменять сразу после операции, т.к. патологический процесс удален
- после удаления опухоли необходимо отменить сразу после вмешательства, т.к. после нейрохирургических операций она неэффективна

Результаты обследования

Необходимым объективным критерием разновидности головной боли является

- после удаления опухоли необходимо получать пожизненно, независимо от наличия припадков после операции
- необходимо продолжать в течение одного года после последнего припадка; далее, при условии отсутствия признаков рецидива опухоли и пароксизмальной активности на ЭЭГ, можно начать отмену препарата
- после тотального удаления опухоли можно отменять сразу после операции, т.к. патологический процесс удален
- после удаления опухоли необходимо отменить сразу после вмешательства, т.к. после нейрохирургических операций она неэффективна

Критерии разновидности головной боли

Диагнозом, который можно установить пациентке по результатам проведенного исследования, является

- после удаления опухоли необходимо получать пожизненно, независимо от наличия припадков после операции

- необходимо продолжать в течение одного года после последнего припадка; далее, при условии отсутствия признаков рецидива опухоли и пароксизмальной активности на ЭЭГ, можно начать отмену препарата
- после тотального удаления опухоли можно отменять сразу после операции, т.к. патологический процесс удален
- после удаления опухоли необходимо отменить сразу после вмешательства, т.к. после нейрохирургических операций она неэффективна

Провоцирующим фактором головной боли напряжения является

- нарушение сна
- эмоциональный стресс
- изменение атмосферного давления
- нестабильность артериального давления

К факторам риска учащения (хронизации) болевых эпизодов головной боли напряжения относят

- лекарственный абюзус
- повторные травмы головы
- нарушение толерантности к глюкозе
- артериальная гипертензия

Нейровизуализация показана при

- резком усилении головной боли при кашле, натуживании
- повышении артериального давления
- присоединении гипервентиляционных эквивалентов
- появлении нарушений сна

Препаратами выбора для купирования эпизода головной боли напряжения являются

- нестероидные противовоспалительные средства
- ингибиторы имидазолиновых рецепторов
- антигистаминные средства
- блокаторы кальциевых каналов

Использование простых анальгетиков для купирования эпизода головной боли напряжения не должно превышать + _____ + дней в месяц

- 7
- 20
- 14
- 10

Профилактическая терапия показана пациентам с

- нечастой эпизодической головной болью напряжения, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц
- хронической и частой эпизодической головной болью напряжения
- нечастой эпизодической головной болью напряжения, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц
- тяжёлым течением нечастой эпизодической головной боли напряжения

Препаратами выбора для профилактики головной боли напряжения являются

- нейролептики
- антидепрессанты
- антиконвульсанты
- анальгетики

Препаратом выбора для профилактики головной боли напряжения является

- миансерин
- мапротилин
- кломипрамин
- amitриптилин

Оценка эффекта лечения после начала приема антидепрессанта в рекомендованной дозе должна производиться через + _____ + (в месяцах)

- миансерин
- мапротилин
- кломипрамин
- amitриптилин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет доставлен из дома бригадой СМП в сопровождении жены.

Жалобы

Жалобы в момент осмотра на слабость в левых конечностях.

Анамнез заболевания

Со слов больного за два дня до настоящего осмотра внезапно возникли судороги в левой руке, «рука начала трястись». Судороги были кратковременными и разрешились в течение 20-30 секунд. После этого в течение нескольких минут ощущал слабость в руке. Слабость полностью регрессировала. Пациент к врачу не обращался. В настоящий момент, со слов жены, за два часа до поступления в стационар возникли судороги в левой руке, которые перешли на ногу. После этого пациент потерял сознание. Далее жена описывает типичный клонико-тонический генерализованный припадок. После восстановления сознания отмечен парез в левых конечностях.

Анамнез жизни

Хронических заболеваний нет. Пациент курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Пациент в сознании, контактен, адекватен, ориентирован в месте, времени и собственной личности. В неврологическом статусе отмечается легкое оживление сухожильных и периостальных рефлексов в левых конечностях. Левосторонний гемипарез до 3 баллов в руке и 4 баллов в ноге. Тонус в конечностях не изменен. Патологических стопных знаков нет.

Дополнительная информация

Дебютом заболевания стали фокальные эпилептические припадки (второй припадок с генерализацией), впервые возникшие у пациента в возрасте 56 лет без внешних провоцирующих воздействий, что позволяет предположить наличие опухоли головного мозга.

Наиболее информативным методом для уточнения диагноза является

- миансерин
- мапротилин
- кломипрамин
- amitриптилин

Результаты обследования

Внутривенное контрастирование в ходе МРТ-исследования с целью диагностики опухоли головного мозга проводят при сканировании в режиме

- FLAIR
- T2
- T1
- DWI

По данным МРТ-исследования у больного обнаружена

- FLAIR
- T2
- T1
- DWI

Консультация офтальмолога данному больному должна быть проведена для

- измерения внутриглазного давления, т.к. опухоль головного мозга может вызвать повышение внутриглазного давления
- определения остроты зрения, т.к. опухоль головного мозга может вызывать быстрый прогресс миопии

- осмотра глазного дна, т.к. опухоль головного мозга может вызывать внутричерепную гипертензию и развитие отека диска зрительного нерва
- определения прозрачности хрусталика, т.к. опухоль головного мозга может провоцировать развитие катаракты

Тяжесть состояния больных с опухолями головного мозга принято оценивать с использованием шкалы

- Ханта и Хесса
- Карновского
- Освестри
- ВАШ

Люмбальная пункция и исследование ликвора

- важны для диагностики опухолей головного мозга, но пункцию следует проводить только пациентам, которым невозможно выполнить МРТ-исследование
- не используются для диагностики опухолей головного мозга в связи с отсутствием клинической значимости и риском ухудшения состояния пациентов после нее
- должны быть проведены в обязательном порядке; главной целью люмбальной пункции у этих больных является измерение давления ликвора
- входят в стандарт диагностики опухолей головного мозга; даже при наличии МРТ-исследования, пункция должна проводиться для подтверждения диагноза

Онкологический поиск в данном клиническом наблюдении для обнаружения возможных метастазов опухоли

- провести необходимо, т.к. менингиомы – злокачественные опухоли с высоким риском метастазирования
- проводить нужно, т.к. опухоли головного мозга часто сопровождаются злокачественными новообразованиями других органов
- проводить не нужно
- необходимо провести; при выявлении любой опухоли головного мозга должен проводиться онкологический поиск для обнаружения их метастазов

Больной был осмотрен офтальмологом. Признаков застоя на глазном дне не обнаружено. Дегидратационную терапию

- при опухоли головного мозга проводят только пациентам, находящимся в коме; при отсутствии грубых расстройств сознания дегидратационная терапия неэффективна, поэтому в данном клиническом случае она не показана
- пациентам с МР-картиной менингиомы не назначают, в связи с отсутствием эффекта при подобных опухолях
- в данном случае, учитывая стабильное клиническое состояние, отсутствие расстройства сознания, отсутствие зоны отека мозга на МРТ, а также отсутствие признаков застоя на глазном дне, можно не проводить вплоть до операции

- назначают любому больному с опухолью головного мозга независимо от гистологической природы опухоли и состояния пациента; дегидратацию начинают проводить с момента выявления опухоли при МРТ-исследовании, назначение дегидратационной терапии носит профилактический характер

Назначение антиконвульсантов

- при опухоли головного мозга проводят только пациентам, находящимся в коме; при отсутствии грубых расстройств сознания дегидратационная терапия неэффективна, поэтому в данном клиническом случае она не показана
- пациентам с МР-картиной менингиомы не назначают, в связи с отсутствием эффекта при подобных опухолях
- в данном случае, учитывая стабильное клиническое состояние, отсутствие расстройства сознания, отсутствие зоны отека мозга на МРТ, а также отсутствие признаков застоя на глазном дне, можно не проводить вплоть до операции
- назначают любому больному с опухолью головного мозга независимо от гистологической природы опухоли и состояния пациента; дегидратацию начинают проводить с момента выявления опухоли при МРТ-исследовании, назначение дегидратационной терапии носит профилактический характер

Дополнительная информация

Через 3 недели после проведения операции этот больной пришел на прием к неврологу. В представленной из нейрохирургического стационара выписке указано: произведено тотальное удаление опухоли, гистологическое заключение – менингиома без признаков атипизма и анаплазии клеток.

После удаления подобной менингиомы больной

- обязательно должен быть направлен на лечение к онкологу для проведения химиотерапии
- обязательно должен быть направлен на лечение к онкологу для проведения комплексного противоопухолевого лечения
- обязательно должен быть направлен на лечение к онкологу для проведения лучевой терапии
- не нуждается в лечении у онколога

Риск рецидива подобной опухоли

- в месте ранее проведенной операции невысок, но состояние больного в большинстве случаев ухудшится в течение первого года после операции за счет быстрого образования новых менингиом в других отделах ЦНС
- очень низок
- даже после тотального удаления составляет более 50% в течение первого года после операции

- очень высок, средняя продолжительность безрецидивного периода жизни – менее одного года

Очаговая неврологическая симптоматика после операции полностью регрессировала. Эпилептических припадков после операции не отмечалось. Больной продолжает получать антиконвульсанты, назначенные перед вмешательством. Отмену антиконвульсантов

- в месте ранее проведенной операции невысок, но состояние больного в большинстве случаев ухудшится в течение первого года после операции за счет быстрого образования новых менингиом в других отделах ЦНС
- очень низок
- даже после тотального удаления составляет более 50% в течение первого года после операции
- очень высок, средняя продолжительность безрецидивного периода жизни – менее одного года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет доставлена на прием к неврологу в приемное отделение стационара бригадой СМП.

Жалобы

Предъявляет жалобы на головные боли, тошноту.

Анамнез заболевания

Со слов больной, заболевание развивается постепенно в течение двух месяцев с постоянным прогрессированием. В начале отметила появление головной боли в утренние часы, которая снималась приемом анальгина. Интенсивность и длительность боли постепенно нарастали. Доза анальгетиков, необходимых для купирования болевого синдрома, увеличивалась. К боли присоединилась тошнота, особенно сильная в утренние часы. За неделю до обращения отметила ощущение неловкости в левой руке. Несмотря на прогрессирующую симптоматику, продолжала работать. Накануне осмотра больная внезапно потеряла сознание. Бессознательное состояние продлилось около трех минут, судорог не отмечалось. Муж пациентки вызвал бригаду скорой медицинской помощи, которая доставила ее в больницу с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения.

Анамнез жизни

Последние пять лет отмечает периодические повышения артериального давления, по поводу артериальной гипертензии не обследовалась, регулярно гипотензивные препараты не получала. Из вредных привычек – курение около 20 лет, по пачке сигарет в день.

Объективный статус

Пациентка в сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. В неврологическом статусе отмечается оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева. Тонус в левых конечностях слегка повышен по пирамидному типу. Выявляется положительный рефлекс Бабинского слева. Объективно снижения силы в левых конечностях не определяется. Создается впечатление о наличии левосторонней гомонимной гемианопсии.

Дополнительная информация

Клиническая картина заболевания представляет собой прогрессирующий синдром внутрочерепной гипертензии. Внезапная непродолжительная утрата сознания не позволяет исключить бессудорожный вариант эпилептического припадка. Сочетание гипертензионного синдрома с возможным эпилептическим припадком позволяют предположить наличие объемного образования головного мозга (опухоль).

Наиболее информативным исследованием для уточнения диагноза является

- в месте ранее проведенной операции невысок, но состояние больного в большинстве случаев ухудшится в течение первого года после операции за счет быстрого образования новых менингиом в других отделах ЦНС
- очень низок
- даже после тотального удаления составляет более 50% в течение первого года после операции
- очень высок, средняя продолжительность безрецидивного периода жизни – менее одного года

Результаты обследования

Внутривенное контрастирование в ходе МРТ-исследования с целью диагностики опухоли головного мозга проводят при сканировании в режиме

- DWI
- T1
- T2
- FLAIR

Самыми частыми внутримозговыми первичными опухолями у взрослых являются

- опухоли шишковидной железы
- опухоли эмбриональной ткани
- диффузно растущие глиальные опухоли
- опухоли сосудистых сплетений

Осмотр больной офтальмологом необходим для проведения периметрии с целью оценки изменений полей зрения в связи с возможной гемианопсией и для оценки

- остроты зрения, т.к. у данной пациентки может быть найдена прогрессирующая миопия, часто возникающая на фоне опухоли головного мозга
- прозрачности хрусталика в связи с возможным выявлением у данной пациентки катаракты, часто возникающей на фоне опухолей головного мозга
- внутриглазного давления, т.к. у данной пациентки можно ожидать повышение внутриглазного давления на фоне опухоли головного мозга
- состояния глазного дна в связи с возможным выявлением у данной пациентки отека дисков зрительных нервов на фоне внутричерепной гипертензии

У пациентки при осмотре офтальмологом выявлена левосторонняя гомонимная гемианопсия, которая вызвана

- тракционным повреждением зрительного нерва на фоне грубой деформации мозга
- опухолевой компрессией области хиазмы
- неизвестными причинами, не связанными с опухолевым процессом; генез гемианопсии неясен
- опухолевой компрессией и инфильтрацией области зрительной лучистости

Состояние больных с опухолями мозга оценивается с помощью функциональной шкалы

- Освестри
- ВАШ
- Карновского
- Ханта и Хесса

По шкале Карновского в данном клиническом примере пациентка набирает + ____ + баллов

- 0
- 30
- 90
- 60

Люмбальная пункция

- обязательна для диагностики опухолей головного мозга; даже при наличии МРТ-исследования она должна проводиться для подтверждения диагноза, ее цель у подобных больных – измерение давления цереброспинальной жидкости
- не используется для диагностики опухолей головного мозга в связи с отсутствием клинической значимости в сравнении с МРТ
- показана для диагностики опухолей головного мозга, но ее следует проводить только тем пациентам, которым нельзя выполнить МРТ-исследование
- обязательна для диагностики опухолей головного мозга; даже при наличии МРТ-исследования она должна проводиться для подтверждения диагноза, ее основная цель – выявление белково-клеточной диссоциации

Проведение люмбальной пункции у этой больной

- может привести к ухудшению состояния за счет нарастания височнотенториального вклинения
- является безопасной манипуляцией, но она лишена диагностической ценности
- может привести к прогрессированию зрительных нарушений
- повышает риск метастазирования из опухоли мозга

Учитывая состояние больной, а также наличие и выраженность перифокального отека по данным МРТ, пациентке с целью снижения выраженности перифокального отека должны быть назначены

- ингибиторы карбангидразы
- осмотические диуретики
- петлевые диуретики
- глюкокортикоиды

Назначение осмотических диуретиков с целью уменьшения выраженности отека мозга в данном клиническом примере

- ингибиторы карбангидразы
- осмотические диуретики
- петлевые диуретики
- глюкокортикоиды

Дополнительная информация

Пациентка была оперирована нейрохирургами и пришла на прием к неврологу поликлиники после выписки из стационара через 3 недели с момента операции. В выписке указано, что в нейрохирургическом отделении было произведено тотальное удаление опухоли. Гистологическое заключение – глиобластома.

Больная

- ингибиторы карбангидразы
- осмотические диуретики
- петлевые диуретики
- глюкокортикоиды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 53 лет пришла на амбулаторный прием к врачу-неврологу.

Жалобы

На сильную (8-9 баллов по ВАШ) боль в шейном отделе позвоночника с иррадиацией в левую лопаточную область, по задней поверхности плеча и лучевому краю предплечья до

2-3 пальцев кисти левой руки. Боль в руке носит тянущий, ноющий, иногда простреливающий характер и по интенсивности превосходит боль в шее. Также отмечает покалывание, онемение по задней поверхности предплечья и во 2-3 пальцах кисти слева. При опросе пациентка отметила, что боль усиливается в положении сидя, стоя, лежа на спине и при повороте головы влево.

Анамнез заболевания

Боль возникла утром после сна 2 дня назад. Поскольку боль сохранялась, несмотря на прием анальгетиков, пациентка обратилась к врачу. +

В течение 10 лет отмечает периодически возникающие (3-4 раза в год) боли в шейном отделе позвоночника, как правило без четкой связи с физической нагрузкой, но нередко в связи с эмоциональным стрессом. Боли проходили после приема анальгетиков, массажа.

Анамнез жизни

* Раннее развитие – без особенностей, каких-либо серьезных хронических заболеваний в молодые годы жизни не отмечалось. Последние 5 лет отмечаются подъемы артериального давления до 160/90 мм рт.ст., принимает периндоприл 5 мг в сутки.

* Семейный анамнез: мать страдает артериальной гипертензией и головными болями, отец умер от инфаркта миокарда.

* Образование высшее, учитель математики в школе.

* Алкоголь употребляет по праздникам в умеренном количестве, не курит.

* Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Соматический статус: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, повышенного питания, температура тела – 36,4 °С. +

Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. +

В легких дыхание без хрипов. +

Тоны сердца приглушены, шумов нет; АД – 145/85 мм рт.ст., пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. +

Язык чистый, влажный; живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах; печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Дизурических явлений нет, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. +

Визуально суставы не изменены.

При обследовании обнаружено выпрямление шейного лордоза. Движения в шейном отделе резко ограничены, особенно боковой наклон и поворот головы влево из-за резкого усиления боли. Подъем левой руки с заведением ее за голову облегчает боль. Отмечается болевая гипестезия в виде полоски по задней поверхности левого предплечья, 2-3 пальцах кисти; прикосновение к коже тыла левой кисти в зоне гипестезии воспринимается как болезненное; слева отсутствует рефлекс с трехглавой мышцы плеча.

Для уточнения причин и патогенетических механизмов болевого синдрома у пациентки

- ингибиторы карбангидразы
- осмотические диуретики
- петлевые диуретики
- глюкокортикоиды

Результат обследования

С целью исключения специфического характера боли у пациентки следует выполнить

- ингибиторы карбангидразы
- осмотические диуретики
- петлевые диуретики
- глюкокортикоиды

Результаты обследования

Боль у пациентки может быть классифицирована как

- смешанная
- ноцицептивная
- невропатическая
- психогенная

Сенсорный феномен, выявляемый у пациентки, называется

- дизестезия
- гиперестезия
- гиперпатия
- аллодиния

Имеющиеся у пациентки неврологические расстройства обусловлены поражением

- чувствительного нервного корешка
- периферического нерва
- плечевого сплетения
- задних рогов спинного мозга

Предполагаемой причиной имеющихся неврологических нарушений является

- дисфункция унковертебральных суставов
- грыжа межпозвонкового диска
- напряжение трапецевидной мышцы
- дисфункция дугоотростчатых фасеточных суставов

Данной пациентке можно поставить диагноз

- дисфункция унковертебральных суставов

- грыжа межпозвонкового диска
- напряжение трапецевидной мышцы
- дисфункция дугоотростчатых фасеточных суставов

Лечение пациентки должно включать

- мануальную терапию
- эпидуральные блокады
- электрофорез с карипазимом
- физические упражнения

С целью уменьшения боли у пациентки рекомендуются

- витамины группы В парентерально
- нестероидные противовоспалительные средства и/или трамадол
- препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- миорелаксанты

Для лечения боли у пациентки эффективны

- антиагреганты
- антигипоксанты
- глюкокортикоиды внутривенно капельно
- антиконвульсанты

Хирургическое лечение рекомендуется при

- неэффективности консервативной терапии
- большом размере грыжи межпозвонкового диска
- значительной интенсивности болевого синдрома
- латеральном расположении грыжи межпозвонкового диска

В случае хирургического лечения предпочтительным методом является

- неэффективности консервативной терапии
- большом размере грыжи межпозвонкового диска
- значительной интенсивности болевого синдрома
- латеральном расположении грыжи межпозвонкового диска

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Ю. 38 лет доставлен в приемное отделение стационара бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

На нарушение памяти, слабость, сонливость.

Анамнез заболевания

Со слов родственников в течение месяца стали периодически отмечаться нарушения памяти на текущие события. В последние две недели начал отмечать головные боли, которые купировал приемом аспирина. Накануне поступления у больного на работе развился генерализованный клонико-тонический судорожный припадок. Сотрудниками была вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая доставила пациента в приемное отделение больницы. Перегрузки на работе и прием алкоголя перед припадком отрицает.

Анамнез жизни

Хронических заболеваний и вредных привычек нет.

Объективный статус

Осмотр проводится спустя час после эпилептического припадка.

В момент осмотра пациент в сознании, контактен, адекватен, ориентирован в месте, времени и собственной личности. В неврологическом статусе отмечается оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа. Иной очаговой неврологической симптоматики нет.

В приемном отделении выполнено МРТ-исследование головного мозга с контрастированием (рис. 1).

Рис.1. МРТ-исследование головного мозга, А-В: аксиальные срезы, Г: сагиттальный срез: +

А – T2; +

Б – T1 с контрастированием; +

В – FLAIR; +

Г – T2.

Заключение МРТ: Выявлена внутримозговая опухоль левой височной доли. При внутривенном контрастировании накопления контрастного вещества в ткани опухоли не отмечено.

Дополнительно с целью уточнения тактики и прогноза лечения у больного с опухолевым поражением головного мозга необходимо провести

- неэффективности консервативной терапии
- большом размере грыжи межпозвонкового диска
- значительной интенсивности болевого синдрома
- латеральном расположении грыжи межпозвонкового диска

Результаты обследования

Внутривенное контрастирование в ходе МРТ-исследования с целью диагностики опухоли головного мозга проводят при сканировании в режиме

- T2
- DWI
- T1
- FLAIR

Эпилептический припадок

- является типичным клиническим дебютом опухоли
- может отмечаться только при злокачественных опухолях
- типичен только при метастатическом поражении мозга
- в качестве первого клинического проявления при опухоли мозга практически никогда не встречается

Проведение рентгеновской КТ головного мозга у данного больного для уточнения диагноза

- не требуется; рентгеновская КТ не используется в диагностике опухолей головного мозга в связи с низкой информативностью при этой патологии.
- не требуется, МРТ является методом выбора в диагностике большинства опухолей головного мозга
- необходимо, т.к. ее информативность при внутримозговых опухолях выше, чем информативность МРТ-исследования
- не требуется; рентгеновская КТ и МРТ головного мозга при опухолях имеют одинаковую информативность и полностью взаимозаменяемы, выбор методики визуализации определяется только предпочтением лечебного учреждения и наличием диагностического оборудования

МРТ головы необходимо дополнять МРТ-исследованием всех отделов спинного мозга с контрастированием при

- медуллобластоме
- аденоме гипофиза
- менингиоме
- глиобластоме

Люмбальная пункция с целью уточнения диагноза при опухоли головного мозга

- показана, но ее следует проводить только тем пациентам, которым невозможно выполнить МРТ-исследование
- не используется в связи с отсутствием клинической значимости и риском ухудшения состояния пациентов после нее
- необходима для диагностики опухолей головного мозга в связи с тем, что опухоли часто осложняются асептическим менингитом
- необходима для диагностики опухолей головного мозга; даже при наличии МРТ-исследования она должна проводиться для подтверждения диагноза с помощью белково-клеточной диссоциации в ликворе

С помощью шкалы Карновского у пациентов с опухолями головного мозга оценивается

- размер опухолей
- выраженность болевого синдрома
- степень злокачественности опухолей
- тяжесть состояния

Осмотические диуретики пациентам с опухолями головного мозга

- назначаются всегда, независимо от их состояния; осмотические диуретики являются единственно эффективными препаратами при лечении отека мозга онкологической природы, поэтому данный больной нуждается в немедленном назначении осмотических диуретиков
- назначают только при появлении клинических признаков нарушения сознания вследствие внутричерепной гипертензии и дислокационного синдрома; данный больной в назначении осмотических диуретиков на момент осмотра не нуждается
- показаны только в случае выявления менингиом; осмотические диуретики неэффективны при лечении отека головного мозга у больных с внутримозговыми опухолями, поэтому назначение осмотических диуретиков данному больному не показано
- показаны только в случае множественного метастатического поражения; осмотические диуретики неэффективны при лечении отека головного мозга у больных с первичными опухолями ЦНС, поэтому назначение осмотических диуретиков данному больному не показано

Для купирования отека мозга, вызванного опухолью, больному показано назначение

- гидрохлортиазида
- ацетазоламида
- дексаметазона
- маннитола

Отказ от использования глюкокортикоидов для лечения отека мозга при опухоли ЦНС целесообразен в случае

- подозрения на нейрофиброматоз
- метастатического поражении головного мозга
- болезни фон Гиппеля – Линдау
- подозрения на лимфому

Касательно назначения антиконвульсантов

- больному показано назначение антиконвульсантов только после удаления опухоли. Антиконвульсанты не дают эффекта при опухолях головного мозга и поэтому не назначаются больным до момента удаления образования. После удаления опухоли, в случае сохранения эпилептиформных приступов, терапия может быть эффективна

- больному показано назначение антиконвульсантов в связи с наличием эписиндрома
- больному не показано назначение антиконвульсантов, т.к. они не дают эффекта при опухолях головного мозга. Единственной возможностью купировать эпилептические приступы является удаление опухоли
- в случае выявления опухоли головного мозга больному показано назначение антиконвульсантов вне зависимости от наличия или отсутствия у него симптоматической эпилепсии

Регулярный прием аспирина

- больному показано назначение антиконвульсантов только после удаления опухоли. Антиконвульсанты не дают эффекта при опухолях головного мозга и поэтому не назначаются больным до момента удаления образования. После удаления опухоли, в случае сохранения эпилептиформных приступов, терапия может быть эффективна
- больному показано назначение антиконвульсантов в связи с наличием эписиндрома
- больному не показано назначение антиконвульсантов, т.к. они не дают эффекта при опухолях головного мозга. Единственной возможностью купировать эпилептические приступы является удаление опухоли
- в случае выявления опухоли головного мозга больному показано назначение антиконвульсантов вне зависимости от наличия или отсутствия у него симптоматической эпилепсии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет, перенесший год назад ишемический инсульт, обратился в поликлинику по месту жительства к врачу-неврологу в связи с ухудшением состояния.

Жалобы

На слабость в конечностях, онемение в левой половине лица и левых конечностях, насильственный плач, нечеткость речи, затруднение при глотании.

Анамнез заболевания

Год назад мужчина перенес ишемический инсульт со слабостью и онемением в левых конечностях. Находился на лечении в больнице, был установлен диагноз «ишемический инсульт». При МРТ головного мозга в области внутренней капсулы правого полушария головного мозга найдена область ишемического поражения до 10 мм в диаметре. При дуплексном сканировании обнаружены стенозы обеих внутренних сонных артерий до половины диаметра. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 7,0 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,5 ммоль/л. На фоне лечения отмечено улучшение, пациент смог самостоятельно ходить и себя обслуживать. После выписки в течение 10 месяцев пациент принимал назначенное в больнице лечение,

затем отказался от приема амлодипина, глицина, мексидола и кортексина. За месяц до обращения в поликлинику у пациента возникла легкая слабость в правых конечностях, которая уменьшилась в течение 2 суток. В дальнейшем пациент стал отмечать насильственный плач, нечеткость речи, затруднение при глотании, что и послужило поводом для обращения.

Анамнез жизни

- * В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией.
- * В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа.
- * Не курит, алкоголь употребляет в умеренных количествах, имеет низкую физическую активность

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление – 160/90 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, правильный. По данным Краткой шкалы оценки психического статуса пациент набирает 26 из 30 возможных баллов, по данным госпитальной шкалы тревоги – 3 балла, депрессии – 5 баллов. В неврологическом статусе выявлены насильственный смех, легкие признаки дисфонии и дисфагии, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, ослабление чувствительности слева на лице, туловище и конечностях, снижение силы в конечностях до 4 баллов, повышение тонуса в сгибателях рук и разгибателях ног, оживление сухожильных рефлексов с обеих сторон, симптомы Тремнера и Бабинского с обеих сторон. Пациент самостоятельно передвигается и полностью себя обслуживает. +

При МРТ обнаружены новые ишемические очаги в белом веществе обоих полушарий головного мозга диаметром до 10 мм. В биохимическом анализе крови найдено повышение общего холестерина до 7,5 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,8 ммоль/л. При дуплексном сканировании обнаружены стенозы обеих внутренних сонных артерий до половины диаметра.

Чувствительные нарушения следует расценить как

- сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности
- церебральную гемигипестезию
- сегментарно-корешковый тип расстройств чувствительности
- альтернирующую гемигипестезию

Двигательные нарушения следует расценить как тетрапарез

- атактический
- периферический
- смешанный
- центральный

Насильственный смех, дисфонию и дисфагию, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма следует расценить как синдром

- бульбарный
- альтернирующий Вебера
- псевдобульбарный
- альтернирующий Фовилля

Когнитивные функции по краткой шкале оценки психического статуса соответствуют

- умеренным когнитивным нарушениям
- деменции умеренной степени выраженности
- деменции легкой степени выраженности
- нормальным возрастным показателям

Эмоциональное состояние пациента по госпитальной шкале тревоги и деперссии соответствует

- субклинически выраженной тревоге и депрессии
- норме
- клинически выраженной тревоге и депрессии
- субклинически выраженной тревоге и клинически выраженной депрессии

Развитие слабости в правых конечностях у пациента следует расценить как

- транзиторную ишемическую атаку в бассейне левой передней мозговой артерии
- повторный инсульт
- транзиторную ишемическую атаку в вертебробазилярном бассейне
- транзиторную ишемическую атаку в бассейне левой средней мозговой артерии

Патогенетическим типом повторных ишемических нарушений мозгового кровообращения у пациента является

- кардиоэмболический
- неутонченный
- атеротромботический
- лакунарный

Развитие повторного ишемического нарушения мозгового кровообращения могло быть вызвано отменой приема

- кортексина
- мексидола
- амлодипина
- глицина

В качестве антитромботической терапии пациенту рекомендуется назначить

- варфарин
- ацетилсалициловую кислоту

- ривароксабан
- пентоксифиллин

В качестве гиполипидемической терапии пациенту рекомендуется назначить

- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
- клофибрат
- аторвастатин
- препараты рыбьего жира

Оптимальные дозы ацетилсалициловой кислоты во вторичной профилактике ишемического инсульта - + _____ + мг в сутки

- 300-450
- 700-1000
- 25-50
- 75-150

Для профилактики повторного ишемического инсульта проводить хирургическое лечение на сонных артериях

- 300-450
- 700-1000
- 25-50
- 75-150

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 лет направлен врачом-терапевтом участковым к врачу-неврологу.

Жалобы

На слабость в правых конечностях, нечеткость речи и асимметрию лица.

Анамнез заболевания

4 недели назад мужчина утром после сна отметил слабость в правой руке и решил, что «отлежал» руку во время сна. Поскольку слабость в руке не проходила полностью, пациент проконсультировался со знакомым врачом и по его совету провел МРТ головного мозга, исследование сосудов, биохимический анализ крови. По данным МРТ в лобной доле левого полушария головного мозга найдена область ишемического поражения до 25 мм в диаметре. При дуплексном сканировании обнаружены закупорка левой внутренней сонной артерии, умеренный (до половины диаметра) стеноз правой внутренней сонной артерии. В биохимическом анализе крови найдено повышение общего холестерина до 7,5 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,6 ммоль/л. Пациент

обратился к врачу-терапевту участковому, который направил его к неврологу.

Анамнез жизни

- * В течение 5 лет страдает артериальной гипертензией.
- * В течение последних 2 месяцев было 2 кратковременных (до 5 минут) эпизодов преходящей слепоты на левый глаз.
- * Курит, имеет низкую физическую активность, избыточный вес.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе обнаружены нечеткость речи (при полном понимании обращенной речи и сохранной собственной речи), сглаженность правой носогубной складки, слабость нижней части мимической мускулатуры справа, перекос лица влево при улыбке, отклонение языка вправо при высовывании, снижение силы в правой кисти до 4 баллов, оживление сухожильных рефлексов справа, повышение тонуса в сгибателях правой руки, симптом Тремнера справа. Пациент самостоятельно передвигается, полностью себя обслуживает.

Двигательные нарушения следует расценить как + _____ + парез руки

- центральный
- периферический
- смешанный
- атактический

Парез мимических мышц следует расценить как

- правосторонний периферический
- левосторонний периферический
- правосторонний центральный
- левосторонний центральный

Нарушение речи следует расценить как

- моторную афферентную афазию
- дизартрию
- моторную эфферентную афазию
- семантическую афазию

Патогенетическим типом ишемического инсульта у пациента является

- кардиоэмболический
- лакунарный (поражение мелких артерий)
- неуточненный
- атеротромботический

Эпизоды снижения зрения на левый глаз были вызваны транзиторной ишемической атакой в бассейне + _____ + артерии

- правой передней мозговой
- левой глазной
- правой средней мозговой
- правой задней мозговой

Патогенетическим механизмом транзиторной ишемической атаки у пациента является

- спазм церебральной артерии
- гемодинамическое нарушение мозгового кровообращения
- парадоксальная кардиальная эмболия
- артерио-артериальная эмболия

В качестве антитромботической терапии рекомендуется назначить

- ацетилсалициловую кислоту
- пентоксифиллин
- гепарин
- дабигатрана этексилат

В качестве гиполипидемической терапии рекомендуется назначить

- аторвастатин
- этилметилгидроксиперидина сукцинат
- клофибрат
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты

Антитромботические средства пациенту следует принимать

- длительно без перерывов
- год постоянно, затем прекратить прием
- три месяца постоянно, затем перерыв на неделю
- шесть месяцев постоянно, затем перерыв на месяц

Для оценки эффективности антигипертензивной терапии пациенту рекомендуется

- суточный мониторинг артериального давления 1 раз в полгода
- регулярное измерение артериального давления
- суточный мониторинг артериального давления 1 раз в 3 месяца
- суточный мониторинг артериального давления 1 раз в год

Для профилактики повторного ишемического инсульта проводить хирургическое лечение на сонных артериях

- рекомендуется в виде удаления тромба из левой внутренней сонной артерии

- рекомендуется в виде правосторонней каротидной эндартерэктомии
- не рекомендуется
- рекомендуется в виде наложения анастомоза слева между внутренней сонной артерии и ветвями средней мозговой артерии

Из нелекарственных методов вторичной профилактики ишемического инсульта у пациента наиболее эффективным является

- рекомендуется в виде удаления тромба из левой внутренней сонной артерии
- рекомендуется в виде правосторонней каротидной эндартерэктомии
- не рекомендуется
- рекомендуется в виде наложения анастомоза слева между внутренней сонной артерии и ветвями средней мозговой артерии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет направлена врачом-терапевтом участковым к врачу-неврологу.

Жалобы

На неустойчивость, онемение в правых конечностях.

Анамнез заболевания

Месяц назад женщина утром после сна отметила неустойчивость и онемение в правых конечностях. При измерении артериального давления установлено его повышение до 170/100 мм рт.ст. Пациентка находилась на даче (Московская область), она обратилась к терапевту по месту временного проживания. Состояние было расценено как «гипертонический церебральный криз», рекомендованы антигипертензивные средства, на фоне которых нормализовалось артериальное давление. Поскольку неустойчивость и онемение не проходили полностью, пациентка, возвратившись в Москву, проконсультировалась со знакомым врачом, по его совету провела МРТ головного мозга, исследование сосудов, биохимический анализ крови. По данным МРТ в стволе головного мозга найдена область ишемического поражения. При дуплексном сканировании обнаружены закупорка левой позвоночной артерии, стеноз левой внутренней сонной артерии до половины диаметра и правой внутренней сонной артерии до 30% диаметра. В биохимическом анализе крови найдено повышение общего холестерина до 7,0 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,2 ммоль/л. Пациентка обратилась врачу-терапевту участковому, который её направил к неврологу.

Анамнез жизни

- * В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией.
- * В течение 5 лет страдает ишемической болезнью сердца.
- * Курит до 15 сигарет в сутки, алкоголь не употребляет, имеет среднюю физическую активность и избыточный вес

Объективный статус

Пациентка в ясном сознании. Артериальное давление – 135/80 мм рт. ст., (на фоне приема антигипертензивных препаратов) пульс – 70 ударов в минуту, правильный. В неврологическом статусе выявлены птоз, миоз и энофтальм слева, свисание дужки мягкого нёба и ослабление глоточного рефлекса слева, нормальная сила в конечностях, ослабление болевой и температурой чувствительности на лице слева, на туловище и конечностях справа, неустойчивость в усложненной пробе Ромберга, легкий интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб в левых конечностях. Пациентка свободно передвигается, полностью себя обслуживает.

Чувствительные нарушения следует расценить как

- сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности
- спинальный проводниковый тип расстройств чувствительности
- церебральную гемигипестезию
- альтернирующую гемигипестезию

Нарушения координации следует расценить как атаксию

- мозжечковую
- лобную (апраксия ходьбы)
- сенситивную
- вестибулярную

Глазные симптомы следует расценить как

- поражение глазодвигательного нерва
- поражение отводящего нерва
- поражение медиального продольного пучка
- синдром Горнера

Патогенетическим типом ишемического инсульта у пациента является

- лакунарный
- кардиоэмболический
- атеротромботический
- неуточненный

Неврологические нарушения соответствуют синдрому

- Вебера
- Фовиля
- Мийяра – Гублера
- Валленберга

Неврологический синдром вызван поражением продолговатого мозга в области

- основания и спинного мозга
- дорсомедиальных отделов
- основания и варолиева моста
- дорсолатеральных отделов

В качестве антитромботической терапии рекомендуется назначить

- ацетилсалициловую кислоту
- дабигатрана этексилат
- апиксабан
- гепарин

В качестве гиполипидемической терапии рекомендуется назначить

- аторвастатин
- этилметилгидроксиперидина сукцинат
- клофибрат
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты

Оптимальной дозой ацетилсалициловой кислоты для профилактики развития повторного инсульта является + _____ + мг

- 75-150
- 150-300
- 300-600
- 50-75

Антитромботические средства пациентке следует принимать

- 1 месяц постоянно, затем перерыв на 3 дня
- 3 месяца постоянно, затем перерыв на неделю
- длительно
- 6 месяцев постоянно, затем перерыв на месяц

Для профилактики повторного ишемического инсульта проводить хирургическое лечение

- не рекомендуется
- рекомендуется в виде левосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде правосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде удаления тромба из левой позвоночной артерии

Из нелекарственных методов вторичной профилактики ишемического инсульта у пациентки наиболее эффективным является

- не рекомендуется
- рекомендуется в виде левосторонней каротидной эндартерэктомии

- рекомендуется в виде правосторонней каротидной эндартерэктомии
- рекомендуется в виде удаления тромба из левой позвоночной артерии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет направлена врачом-терапевтом участковым к врачу-неврологу.

Жалобы

На нечеткость речи, слабость в левых конечностях.

Анамнез заболевания

4 недели назад женщина, проснувшись после дневного сна, отметила онемение и слабость в левой руке. Она решила, что заснула в неудобной позе и «отлежала» руку во время сна. В дальнейшем стала отмечать, что при походке прихрамывает на левую ногу. Знакомые обратили её внимание на изменение речи, что пациентка связала с «новыми зубными протезами». Дочь пациентки, вернувшись из отпуска и отметив изменения в состоянии своей мамы, проконсультировалась со знакомым врачом и по его совету провела маме МРТ головного мозга, исследование сосудов и анализы крови. При дуплексном сканировании обнаружены умеренный (до половины диаметра) стеноз правой внутренней сонной артерии и незначительный (до 20% диаметра) стеноз левой внутренней сонной артерии. В биохимическом анализе крови найдено повышение общего холестерина до 6,8 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,2 ммоль/л. По данным МРТ в области внутренней капсулы правого полушария найдена область ишемического поражения до 15 мм в диаметре, а также мелкие ишемические очаги в белом веществе обоих полушарий головного мозга. Дочь пациентки привела маму на консультацию к врачу-терапевту участковому, который рекомендовал регулярный прием антигипертензивных средств и направил пациентку к неврологу.

Анамнез жизни

* В течение 25 лет страдает артериальной гипертензией, антигипертензивные препараты принимает нерегулярно, преимущественно при ухудшении самочувствия.

* Вредные привычки отрицает, имеет низкую физическую активность и избыточный вес.

Объективный статус

Пациентка в ясном сознании. Артериальное давление – 140/80 мм рт.ст. (на фоне приема антигипертензивных средств), пульс – 80 в минуту, ритм правильный. При беседе с пациенткой отмечается нечеткость речи (элементы «каши во рту»), при этом пациентка свободно говорит, полностью понимает обращенную к ней речь. По данным Краткой шкалы оценки психического статуса пациентка набирает 26 из 30 возможных баллов. В неврологическом статусе также обнаружены оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, снижение силы в левых конечностях до 4 баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптомы Тремнера и

Бабинского слева. При походке пациентка незначительно прихрамывает на левую ногу, она полностью себя обслуживает.

Двигательные нарушения следует расценить как гемипарез

- центральный
- периферический
- атактический
- смешанный

Нарушение речи следует расценить как

- дизартрию
- амнестическую афазию
- моторную афазию
- семантическую афазию

Оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма следует расценить как

- поражение языкоглоточного нерва
- бульбарный синдром
- поражение подъязычного нерва
- псевдобульбарный синдром

Патогенетическим типом ишемического инсульта у пациентки является

- неуточненный
- кардиоэмболический
- лакунарный
- атеротромботический

Когнитивные функции по краткой шкале оценки психического статуса соответствуют

- нормальным возрастным показателям
- деменции легкой степени выраженности
- деменции умеренной степени выраженности
- умеренным когнитивным нарушениям

Оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма вызваны двусторонним поражением путей

- корково-спинномозговых
- корково-ядерных
- таламокортикальных
- корково-таламических

В качестве антитромботической терапии пациентке рекомендуется назначить

- варфарин
- ривароксабан
- апиксабан
- ацетилсалициловую кислоту

В качестве гиполипидемической терапии рекомендуется назначить

- клофибрат
- аторвастатин
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
- этилметилгидроксиперидина сукцинат

Антитромботические средства пациентке следует принимать

- год постоянно, затем перерыв на месяц
- 3 месяца постоянно, затем перерыв на неделю
- 6 месяцев постоянно, затем перерыв на неделю
- длительно

Препаратом выбора для антигипертензивной терапии с целью вторичной профилактики повторного инсульта следует считать

- бета-блокаторы
- петлевые диуретики
- агонисты I1 имидазолиновых рецепторов
- блокаторы рецепторов к АТ-II

Для оценки эффективности антигипертензивной терапии пациентке рекомендуется

- регулярное измерение артериального давления
- суточный мониторинг артериального давления 1 раз в 2 месяца
- суточный мониторинг артериального давления 1 раз в 6 месяцев
- суточный мониторинг артериального давления 1 раз 4 месяца

Для профилактики повторного ишемического инсульта проводить хирургическое лечение на сонных артериях

- регулярное измерение артериального давления
- суточный мониторинг артериального давления 1 раз в 2 месяца
- суточный мониторинг артериального давления 1 раз в 6 месяцев
- суточный мониторинг артериального давления 1 раз 4 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 78 лет направлен врачом-терапевтом участковым к врачу-неврологу.

Жалобы

На неустойчивость при ходьбе, снижение зрения на «правый глаз».

Анамнез заболевания

2 недели назад мужчина во время работы на даче отметил неустойчивость, изменение зрения. При измерении артериального давления установлено его повышение до 180/100 мм рт.ст. Пациент находился на даче (Тульская область), он обратился к терапевту по месту временного проживания. Состояние было расценено как «гипертонический церебральный криз», рекомендованы антигипертензивные средства, на фоне которых нормализовалось артериальное давление. Поскольку неустойчивость и нарушение зрения не проходили полностью, пациент, возвратившись в Москву, проконсультировался со знакомым врачом, который посоветовал провести МРТ головного мозга, исследование сосудов и анализы крови. При дуплексном сканировании обнаружен незначительный (до 20% диаметра) стеноз обеих внутренних сонных артерий. В клиническом и биохимическом анализах крови не найдено существенных изменений. По данным МРТ обнаружены признаки недавнего кровоизлияния в области левой затылочной доли, а также признаки микрокровоизлияний в различные отделы головного мозга. Пациент обратился к врачу-терапевту участковому по месту жительства, который его направил к неврологу.

Анамнез жизни

- * До заболевания считал себя практически здоровым.
- * Последние 2 года периодически отмечал повышение артериального давления до 160/80 мм рт.ст.
- * Вредные привычки отрицает, имеет нормальную физическую активность.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление – 140/70 мм рт.ст. (на фоне приема антигипертензивных средств), пульс – 60 ударов в минуту, правильный. По данным Краткой шкалы оценки психического статуса пациент набирает 25 из 30 возможных баллов. По госпитальной шкале пациент набирает 4 балла по шкале тревоги и 9 баллов по шкале депрессии. В неврологическом статусе выявлены оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, выпадение правого поля зрения правого глаза и правого поля зрения левого глаза, ослабление чувствительности справа на лице, туловище и конечностях при нормальной силе в них, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе (отклоняется вправо). Пациент самостоятельно передвигается и полностью себя обслуживает.

Чувствительные нарушения следует расценить как

- альтернирующую гемигипестезию
- сегментарно-корешковый тип расстройств чувствительности
- сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности
- церебральную гемигипестезию

Нарушения зрения следует расценить как гемианопсию

- биназальную
- правостороннюю
- левостороннюю
- битемпоральную

Оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма следует расценить как синдром

- бульбарный
- альтернирующий Бенедикта
- альтернирующий Вебера
- псевдобульбарный

Нарушение равновесия у пациента следует расценить как атаксию

- вестибулярную
- психогенную
- мозжечковую
- сенситивную

Наиболее вероятной причиной кровоизлияния в затылочную долю у пациента является

- амилоидная ангиопатия
- артериовенозная мальформация
- церебральный атеросклероз
- мешотчатая аневризма

Когнитивные функции у пациента по краткой шкале оценки психического статуса соответствуют

- умеренным когнитивным нарушениям
- нормальным возрастным показателям
- деменции умеренной степени выраженности
- деменции легкой степени выраженности

Эмоциональное состояние пациента по госпитальной шкале тревоги и депрессии соответствует

- субклинически выраженной тревоге
- субклинически выраженной депрессии
- клинически выраженной депрессии
- норме

Проводить антитромботическую терапию

- не рекомендуется
- рекомендуется в дозе 100 мг ацетилсалициловой кислоты

- рекомендуется в дозе 75 мг клопидогрела
- рекомендуется в дозе 50 мг ацетилсалициловой кислоты

Проводить гиполипидемическую терапию

- рекомендуется в виде 10 мг аторвастатина
- не рекомендуется
- рекомендуется в виде 20 мг аторвастатина
- рекомендуется в виде 40 мг аторвастатина

Для коррекции эмоциональных нарушений (субклинически выраженной депрессии) после перенесенного инсульта пациенту рекомендуется прием

- антидепрессантов
- анксиолитиков
- ноотропных средств
- нейролептиков

Для профилактики прогрессирования когнитивных нарушений пациенту рекомендуется регулярная + _____ + терапия

- антигипертензивная
- антитромботическая
- гиполипидемическая
- ноотропная

Для профилактики ишемического инсульта у пациента проводить хирургическое лечение на сонных артериях

- антигипертензивная
- антитромботическая
- гиполипидемическая
- ноотропная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 29 лет доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи с места автоаварии

Жалобы

Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния

Анамнез заболевания

Со слов сотрудников СМП пациент пострадал при лобовом столкновении автомобилей, находился за рулем. Вынут из автомобиля в бессознательном состоянии

Анамнез жизни

Не известен

Объективный статус

Состояние тяжелое. Температура тела – 36,2[°]С. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная гематома в области лба. Тахипноэ до 30 в минуту. Пульс – 54 удара в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, АД – 180/90 мм рт.ст. Гипергидроз. При осмотре: уровень сознания по шкале ком Глазго – 6 баллов. Сбор жалоб невозможен ввиду нарушения сознания.

В неврологическом статусе: корнеальные рефлексы снижены, фотореакция зрачков снижена с двух сторон, но сохранена. Зрачки OD=OS. Определяется феномен «глаз куклы». Тонус повышен по пирамидно-экстрапирамидному типу. Руки приведены к туловищу и согнуты в локтях. В ответ на болевое раздражение – некоординированные движения в конечностях. Выявляется двухсторонний симптом Бабинского.

Положительные рефлексы орального автоматизма. Ригидность затылочных мышц, положительный двухсторонний симптом Кернига

Необходимым методом обследования для исключения внутричерепных нарушений является

- антигипертензивная
- антитромботическая
- гиполипидемическая
- ноотропная

Результаты обследования

Расстройство сознания пациента является

- умеренной комой
- терминальной комой
- умеренным оглушением
- сопором

Методом обследования, обладающим более высокой чувствительностью в диагностике диффузных и очаговых микрогеморрагических и негеморрагических повреждений мозолистого тела, базальных ганглиев, таламусов и ствола мозга, является

- умеренной комой
- терминальной комой
- умеренным оглушением
- сопором

Результаты обследования

На основании результатов клинко-инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- умеренной комой
- терминальной комой
- умеренным оглушением
- сопором

Пациент должен быть госпитализирован в отделение

- травматологии
- хирургии
- неврологии
- нейрореанимации

КТ и МРТ-перфузионные исследования применяются для

- определения внутричерепного давления
- контроля электролитного состава ликвора
- картирования показателей объемного мозгового кровотока
- выявления внутричерепной гидроцефалии

Необходимо повторять осмотр и оценку степени бодрствования пострадавшего через каждые + _____ + (в часах)

- 8
- 4
- 12
- 24

Исследование состава цереброспинальной жидкости проводят при подозрении на

- повышение внутричерепного давления
- формирование внутричерепной гематомы
- интракраниальные гнойно-воспалительные осложнения
- нарушение мозгового кровообращения

Противопоказанием для проведения люмбальной пункции является

- наличие признаков дислокационного синдрома
- наличие двигательных расстройств
- повышение артериального давления
- наличие патологических стопных знаков

При развитии внутричерепных гнойных осложнений антибактериальные препараты вводят

- внутриартериально
- интратекально
- внутривенно
- внутримышечно

Для коррекции внутричерепной гипертензии используют

- фуросемид
- глюкокортикоиды
- маннитол
- индапамид

Высокодостоверным, прогностически значимым параметром неблагоприятного исхода черепно-мозговой травмы является

- фуросемид
- глюкокортикоиды
- маннитол
- индапамид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 32 лет доставлена в приемный покой бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

Самостоятельно жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния

Анамнез заболевания

Со слов мужа 6 дней назад пациентка ударилась головой об лёд во время катания на коньках. Теряла сознание на непродолжительный период времени (несколько минут), точно сказать не может. К врачу не обращалась. В течение первых суток пациентку беспокоила головная боль и тошнота. Тошнота прошла через сутки после травмы, но головная боль сохранялась. Утром накануне госпитализации головная боль усилилась, вновь возникла тошнота. Отмечалась рвота желудочным содержимым. Рвота не принесла облегчения, головная боль усиливалась, а к вечеру стала сонливой, речь была спутанной. В связи с этим муж больной вызвал бригаду скорой медицинской помощи, и пациентка была доставлена в стационар

Анамнез жизни

Со слов мужа пациентка

- * не курит, алкоголем не злоупотребляет,
- * профессиональных вредностей не имеет,
- * имеет двух детей

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 64 кг, рост – 167 см. Температура тела – 36,8[°]С. Кожные покровы чистые, обычной окраски. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС – 54 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

При осмотре: уровень сознания – 11 баллов по шкале ком Глазго. Пациентка сонлива, лежит с закрытыми глазами, глаза открывает только при громком обращении или болевом раздражении, на вопросы отвечает односложно, часто нечленораздельно, быстро истощается. Зрачки OS>OD, мидриаз слева. Целенаправленные движения по команде не выполняет. В ответ на болевое раздражение – отдергивает левые конечности. Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2 баллов, оживлением сухожильных и периостальных рефлексов, наличием патологического симптома Бабинского. Контроль над функциями тазовых органов ослаблен. Менингеальные симптомы отсутствуют

Расстройство сознания пациентки является

- умеренным оглушением
- комой
- глубоким оглушением
- сопором

Двигательные расстройства проявляются в виде

- тетрапареза
- гемипареза
- трипареза
- парапареза

Гемипарез является

- центральным
- периферическим
- смешанным
- экстрапирамидным

Обязательным методом обследования является

- центральным
- периферическим
- смешанным
- экстрапирамидным

Результаты обследования

На основании результатов клинико-инструментальных методов обследования данной пациентке можно поставить диагноз

- центральным
- периферическим
- смешанным
- экстрапирамидным

Пациентка должна быть госпитализирована в отделение

- нейрохирургии
- неврологии
- травматологии
- хирургии

Противопоказанием для выполнения люмбальной пункции является

- наличие двигательных расстройств
- наличие патологических стопных знаков
- повышение артериального давления
- наличие признаков дислокационного синдрома

Субдуральная гематома располагается между

- поверхностью мозга и твердой мозговой оболочкой
- субарахноидальной оболочкой и костью черепа
- мягкой и субарахноидальной оболочкой
- твердой мозговой оболочкой и костью черепа

Показанием для хирургического лечения является объём субдуральной гематомы более + _____ + см³

- 30
- 10
- 20
- 40

Рациональная интенсивная терапия основывается на

- степени угнетения сознания
- анализе механизма травмы
- мониторинге жизненно важных функций
- продолжительности потери сознания

Наиболее распространенным методом нехирургической коррекции внутричерепной гипертензии является использование

- системных ингибиторов карбоангидразы
- глюкокортикоидов
- тиазидных диуретиков
- гиперосмолярных растворов

Осложнением терапии гиперосмолярными растворами является

- системных ингибиторов карбоангидразы
- глюкокортикоидов
- тиазидных диуретиков
- гиперосмолярных растворов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Р. 59 лет в сопровождении родственников пришел на консультацию к врачу-неврологу

Жалобы

Изменение походки, периодическое недержание мочи, нарушение памяти, падения

Анамнез заболевания

Согласно представленной выписке около 9 месяцев назад перенёс черепно-мозговую травму с травматическим субарахноидальным кровоизлиянием. Лечился в течение 21 дня в нейрохирургическом стационаре. При выписке состояние расценивалось как удовлетворительное. В последние 3 месяца родственники пациента стали замечать изменение походки, периодическое недержание мочи, снижение памяти. Пациент мог выйти из дома и забыть, зачем и куда он пошёл. Стал неопрятен, перестал за собой следить. В связи с вышеописанными жалобами супруга пациента настояла на консультации невролога

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Страдает повышением артериального давления до 160/90 мм рт.ст., по поводу чего регулярно получает гипотензивную терапию, АД поддерживается на целевых уровнях

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 102 кг, рост – 187 см. Температура тела – 36,8[°]С. Кожные покровы чистые, обычной окраски. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 80 в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Неврологический статус: менингеальные симптомы отсутствуют. Ходьба «магнитной» походкой короткими шажками, с плохим контролем равновесия и затруднением поворотов, трудности при инициации ходьбы. При ходьбе не отмечается каких-либо

содружественных движений руками. Пациент частично ориентирован в месте, времени и собственной личности. Краткая шкала оценки психического статуса – 20 баллов. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Роговичные рефлексы сохранены, расстройств чувствительности на лице нет. Положительные рефлексы орального автоматизма. Вкус не нарушен. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мягкое нёбо фонировано. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологический симптом Бабинского с двух сторон. Расстройств чувствительности не выявлено. При выполнении координаторных проб – динамическая атаксия с двух сторон. Тазовые функции: периодическое недержание мочи

Для определения состояния желудочковой системы головного мозга показано выполнение

- системных ингибиторов карбоангидразы
- глюкокортикоидов
- тиазидных диуретиков
- гиперосмолярных растворов

Результаты обследования

Походка пациента является следствием

- мозжечковой атаксии
- сенситивной атаксии
- апраксии ходьбы
- вестибулярной атаксии

Для выявления когнитивных нарушений показано динамическое исследование функций

- координаторных
- двигательных
- чувствительных
- нейропсихологических

20 баллов по краткой шкале оценки психического статуса соответствуют

- преддементным когнитивным нарушениям
- субъективному когнитивному снижению
- деменции лёгкой степени выраженности
- деменции средней степени выраженности

Нейропсихологическое тестирование имеет диагностическое значение при проведении до и после

- полисомнографического исследования
- люмбальной пункции с выведением ликвора
- снятия электрокардиограммы
- мониторинга артериального давления

Оценка динамики состояния пациента после теста с выведением ликвора проводится через (в часах)

- 2-4
- 6-8
- 12-24
- 24-72

У пациента выявляется

- 2-4
- 6-8
- 12-24
- 24-72

Дополнительная информация

При нейропсихологическом тестировании выявлен лобный характер когнитивных нарушений.

При проведении люмбальной пункции после выведения 40 мл ликвора диагностически значимо (на 3 балла по краткой шкале оценки психического статуса) улучшились когнитивные функции и походка пациента. Общий анализ ликвора – без патологии. Исходное давление ликвора – 170 мм водного столба.

На основании результатов клинико-инструментальных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

- 2-4
- 6-8
- 12-24
- 24-72

Эффективным методом лечения нормотензивной гидроцефалии при положительном тесте с выведением ликвора является

- вентрикулоперитонеальное или люмбоперитонеальное шунтирование
- применение биологически обратной связи
- медикаментозная терапия диуретиками
- проведение люмбальных пункций с выведением ликвора

После проведённого оперативного лечения рекомендовано диспансерное наблюдение у

- невролога
- психиатра
- терапевта
- реабилитолога

После проведённого оперативного лечения повторять МРТ головного мозга необходимо 1 раз в

- 5 лет
- 3 года
- год
- месяц

При возобновлении или нарастании симптоматики после операции невролог должен

- 5 лет
- 3 года
- год
- месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Б. 39 лет доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи с места дорожно-транспортного происшествия

Жалобы

Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния

Анамнез заболевания

Со слов очевидцев происшествия пациент на большой скорости ехал на мотоцикле, при обгоне автомобиля не справился с управлением и, пробив ограждение, вылетел за пределы проезжей части. Доставлен в приёмное отделение в бессознательном состоянии

Анамнез жизни

Не известен

Объективный статус

Состояние тяжелое. Температура тела – $36,0^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы чистые, обычной окраски, влажные на ощупь. Тахипноэ до 28 в минуту. Пульс – 52 удара в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, АД – 170/90 мм рт.ст. При осмотре: уровень сознания по шкале комы Глазго – 6 баллов. Сбор жалоб невозможен ввиду нарушения сознания. В неврологическом статусе: корнеальные рефлексы снижены, фотореакция зрачков

снижена с двух сторон, но сохранена. Зрачки OD=OS. Окулоцефалический рефлекс вызывается. Тонус повышен по пирамидному типу. В ответ на болевое раздражение – некоординированные движения в конечностях. Выявляется двухсторонний симптом Бабинского. Положительные рефлекс орального автоматизма. Ригидность затылочных мышц, положительный двухсторонний симптом Кернига.

Необходимым методом обследования для исключения внутричерепных нарушений является

- 5 лет
- 3 года
- год
- месяц

Результаты обследования

Методом обследования, обладающим более высокой чувствительностью в диагностике диффузных и очаговых микрогеморрагических и негеморрагических повреждений мозолистого тела, базальных ганглиев, таламусов и ствола мозга, является

- 5 лет
- 3 года
- год
- месяц

Результаты обследования

Расстройство сознания пациента является

- умеренным оглушением
- умеренной комой
- глубоким оглушением
- терминальной комой

На основании результатов клинко-инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- умеренным оглушением
- умеренной комой
- глубоким оглушением
- терминальной комой

Пациент должен быть госпитализирован в отделение

- нейрореанимации
- хирургии

- неврологии
- травматологии

Ангиографическое исследование показано при

- подозрении на интракраниальные гнойно-воспалительные осложнения
- выявлении внутричерепной гидроцефалии
- повышении внутричерепного давления
- подозрении на повреждение интра- и экстракраниальных сосудов

Мониторинг внутричерепного давления показан пациентам при балльной оценке сознания по шкале ком Глазго

- 13-15 и нестабильности гемодинамики
- 3-8 и патологии при КТ головы
- 13-15 и наркотическом опьянении
- 13-15 и алкогольном опьянении

Исследование состава цереброспинальной жидкости проводят при подозрении на

- нарушение мозгового кровообращения
- формирование внутричерепной гематомы
- интракраниальные гнойно-воспалительные осложнения
- повышение внутричерепного давления

Противопоказанием для проведения люмбальной пункции является наличие

- признаков дислокационного синдрома
- двигательных расстройств
- патологических стопных знаков
- судорожного синдрома

Для купирования судорожного синдрома в остром периоде используют

- антиконвульсанты
- миорелаксанты
- антидепрессанты
- нейролептики

Для коррекции внутричерепной гипертензии используют

- маннитол
- индапамид
- фуросемид
- глюкокортикоиды

Преимуществом энтерального питания перед парентеральным является меньший риск развития

- маннитол
- индапамид
- фуросемид
- глюкокортикоиды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 28 лет доставлен в приемное отделение многопрофильной клинической больницы бригадой СМП без сознания

Жалобы

Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния

Анамнез заболевания

Мужчина 28 лет, участвующий в гонках на мотоциклах, не справился на большой скорости с управлением на повороте, несколько раз перевернулся и ударился об ограждения, установленные на трассе. Потерял сознание. Бригадой скорой медицинской помощи, был доставлен в стационар

Анамнез жизни

Не известен

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 68 кг, рост – 170 см. Температура тела – 37,4[°]С. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожные гематомы в лобной и лобно-височной области слева. Дыхание спонтанное, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС – 90 в минуту, АД – 90/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. При осмотре: уровень сознания по шкале ком Глазго – 8 баллов. Сбор жалоб невозможен ввиду нарушения сознания.

В неврологическом статусе: ригидность затылочных мышц. Положительный симптом Кернига. Зрачки OS>OD. Корнеальные рефлексы снижены, реакция зрачков на свет слабая. Оculoцефалический рефлекс (феномен «глаз куклы») сохранён. Лицо симметрично. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей оживлены, справа выше. Выявлен двухсторонний симптом Бабинского, более отчетливый справа. В ответ на болевое раздражение – некоординированная защитная реакция в конечностях, менее выраженная справа. В приёмном отделении отмечался единичный генерализованный тонико-клонический эпилептический приступ

Необходимым методом обследования для исключения внутричерепных нарушений является

- маннитол
- индапамид
- фуросемид
- глюкокортикоиды

Результаты обследования

Расстройство сознания пациента является

- глубоким оглушением
- умеренной комой
- терминальной комой
- умеренным оглушением

К менингеальному синдрому относится симптом

- Тремнера
- Бабинского
- Кернига
- Аргайла Робертсона

На основании результатов клинико-инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- Тремнера
- Бабинского
- Кернига
- Аргайла Робертсона

Пациент должен быть госпитализирован в отделение

- нейрореанимации
- неврологии
- хирургии
- травматологии

КТ и МРТ-перфузионные исследования применяются для

- картирования показателей объемного мозгового кровотока
- контроля электролитного состава ликвора
- выявления внутричерепной гидроцефалии
- определения внутричерепного давления

На сохранность образований покрышки среднего мозга и моста, а также глазодвигательных нервов и их ядер указывает наличие рефлекса

- Россолимо
- Бехтерева
- Бабинского
- окулоцефалического

Исследование состава цереброспинальной жидкости проводят при подозрении на

- нарушение мозгового кровообращения
- повышение внутричерепного давления
- интракраниальные гнойно-воспалительные осложнения
- формирование внутричерепной гематомы

Противопоказаниями для проведения люмбальной пункции являются

- патологические стопные знаки
- наличие признаков дислокационного синдрома
- менингеальные симптомы
- двигательные расстройства

При появлении доплерографических признаков церебрального вазоспазма необходимо назначить

- нимодипин
- эпросартан
- метопролол
- периндоприл

Для коррекции внутричерепной гипертензии используют

- петлевые диуретики
- глюкокортикоидные препараты
- осмотические диуретики
- ингибиторы карбоангидразы

Для купирования судорожного синдрома используют парентеральное введение

- петлевые диуретики
- глюкокортикоидные препараты
- осмотические диуретики
- ингибиторы карбоангидразы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент П. 46 лет обратился за медицинской помощью в приёмное отделение стационара.

Жалобы

на головную боль, тошноту, однократную рвоту.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что полчаса назад поскользнулся на льду и ударился лбом об асфальт, после чего потерял сознание. Со слов очевидцев падения, в бессознательном

состоянии находился не более минуты. После восстановления сознания начал жаловаться на головную боль. Была однократная рвота. В связи с сохраняющейся головной болью обратился в приемный покой. Не помнит события, предшествующие падению и обстоятельства травмы.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Хронические заболевания: артериальная гипертензия II ст., хронический гастродуоденит.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Масса тела – 78 кг, рост – 167 см. Температура тела – 36,7°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски.

Локально: ссадина и гематома мягких тканей лобной области слева 2×3 см. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту, АД – 150/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Физиологические отправления не нарушены.

Неврологический статус: сознание ясное (15 баллов по шкале Глазго); менингеальные симптомы отсутствуют. Пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Мелкоразмашистый установочный горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок. Расстройств чувствительности на лице нет. Вкус не нарушен. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мягкое нёбо фонировано. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполнил удовлетворительно. Тазовые функции контролирует. Не помнит события, предшествующие травме и обстоятельства травмы. Новую информацию запоминает и воспроизводит в полном объёме.

Необходимым методом обследования для исключения внутричерепных нарушений является

- петлевые диуретики
- глюкокортикоидные препараты
- осмотические диуретики
- ингибиторы карбоангидразы

Результаты обследования

У пациента отмечается нарушение памяти в виде амнезии

- ретроградной

- фиксационной
- диссоциированной
- антероградной

Лёгкой травме головного мозга по шкале комы Глазго соответствуют + _____ + баллов

- 11-15
- 9-12
- 8-10
- 13-15

На основании результатов клинико-инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- 11-15
- 9-12
- 8-10
- 13-15

К лёгкой травме головного мозга относят сотрясение и ушиб головного мозга

- лёгкой степени тяжести
- средней степени тяжести
- тяжёлой степени с гематомой
- тяжёлой степени без гематомы

Пациент должен быть госпитализирован для наблюдения в течение не менее + _____ + часов

- 36
- 72
- 24
- 12

Ушиб лёгкой степени отличается от сотрясения головного мозга

- угнетением сознания до комы
- наличием в мозге ограниченной зоны пониженной плотности
- симптомами дислокации мозга
- развитием окклюзионной гидроцефалии

В остром периоде пациенту показано назначение терапии

- тромболитической
- антикоагулянтной
- антиоксидантной
- симптоматической

Сроки временной нетрудоспособности при ушибе головного мозга лёгкой степени не превышают +_____+ (в неделях)

- 1
- 4
- 2
- 3

При повторении рвоты показано назначение

- мексидола
- актовегина
- беттагистина
- метоклопрамида

С профилактической целью после лёгкой черепно-мозговой травмы противозепилептические препараты

- назначают при головной боли
- назначают при раздражительности и утомляемости
- назначают при нарушениях сна
- не назначают

После лёгкой черепно-мозговой травмы может развиваться синдром

- назначают при головной боли
- назначают при раздражительности и утомляемости
- назначают при нарушениях сна
- не назначают

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Б. 53 лет доставлен в приемное отделение многопрофильной клинической больницы бригадой СМП без сознания.

Жалобы

Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Со слов сотрудников СМП, автомобиль, в котором находился пациент, на большой скорости врезался в фонарный столб, в результате чего пострадавший ударился головой о боковое стекло и разбил его. После этого потерял сознание.

Анамнез жизни

Сбор анамнеза жизни невозможен ввиду нарушения сознания.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 76 кг, рост – 172 см. Температура тела – 37,2°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная гематома в лобно-височной области справа. Дыхание спонтанное, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС – 92 в минуту, АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. При осмотре: уровень сознания по шкале ком Глазго – 8 баллов. Сбор жалоб невозможен ввиду нарушения сознания.

В неврологическом статусе: ригидность затылочных мышц. Положительный симптом Кернига. Корнеальные рефлексы снижены, реакция зрачков на свет слабая. Зрачки OD=OS. Лицо симметрично. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей оживлены, слева выше. Выявлен двухсторонний симптом Бабинского, более отчетливый слева. В ответ на болевое раздражение – некоординированная защитная реакция в конечностях, менее выраженная слева. Левая стопа ротирована наружу.

Необходимым методом обследования для исключения внутричерепных нарушений является

- назначают при головной боли
- назначают при раздражительности и утомляемости
- назначают при нарушениях сна
- не назначают

Результаты обследования

Расстройство сознания пациента является

- умеренным оглушением
- сопором
- терминальной комой
- умеренной комой

К менингеальному синдрому относится симптом

- Бабинского
- Тремнера
- Кернига
- Аргайла Робертсона

На основании результатов клинко-инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- Бабинского
- Тремнера
- Кернига
- Аргайла Робертсона

Пациент должен быть госпитализирован в отделение

- неврологии
- нейрохирургии
- травматологии
- хирургии

КТ и МРТ-перфузионные исследования применяются для

- выявления внутричерепной гидроцефалии
- контроля электролитного состава ликвора
- определения внутричерепного давления
- картирования показателей объемного мозгового кровотока

Необходимо повторять осмотр и оценку степени бодрствования пострадавшего через каждые (в часах)

- 4
- 12
- 24
- 8

Исследование состава цереброспинальной жидкости проводят при подозрении на

- формирование внутричерепной гематомы
- нарушение мозгового кровообращения
- интракраниальные гнойно-воспалительные осложнения
- повышение внутричерепного давления

Противопоказанием для проведения люмбальной пункции является

- повышение артериального давления
- наличие патологических стопных знаков
- наличие двигательных расстройств
- наличие признаков дислокационного синдрома

При развитии клинических и КТ-признаков вентрикулита введение антибактериальных препаратов осуществляют

- внутриартериально
- интратекально
- внутривенно
- внутримышечно

Для коррекции внутричерепной гипертензии используют

- фуросемид
- индапамид
- маннитол
- глюкокортикоиды

Лечение гиповолемии и артериальной гипотензии следует начинать с использования

- фуросемид
- индапамид
- маннитол
- глюкокортикоиды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 20 лет доставлен в стационар через час после травмы

Жалобы

на головную боль, головокружение, тошноту, не помнит события, предшествующие падению, и обстоятельства травмы.

Анамнез заболевания

Со слов очевидцев на занятии в фитнес-клубе упал и ударился головой, в течение нескольких секунд находился в бессознательном состоянии. В дальнейшем беспокоила головная боль, головокружение, возникла однократная рвота. Доставлен в стационар через час после травмы.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголь не употребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Отмечает нечастые острые респираторные вирусные инфекции.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Масса тела – 78 кг, рост – 180 см. Температура тела – 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Кожные покровы волосистой части головы не повреждены. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 80 в минуту, АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Неврологический статус: сознание ясное (15 баллов по шкале Глазго); менингеальные симптомы отсутствуют. Пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Мелкоразмашистый установочный горизонтальный нистагм при краевых отведениях глазных яблок. Роговичные рефлексы сохранены, расстройств чувствительности на лице нет. Вкус не нарушен. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мягкое нёбо фонировано. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого

нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексy с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполнил удовлетворительно. Тазовые функции контролирует. Не помнит события, предшествующие травме, и обстоятельства травмы. Новую информацию запоминает и воспроизводит в полном объёме.

Необходимым методом обследования для исключения внутричерепных нарушений является

- фуросемид
- индапамид
- маннитол
- глюкокортикоиды

Результаты обследования

У пациента отмечается нарушение памяти в виде амнезии

- ретроградной
- фиксационной
- антероградной
- диссоциированной

Лёгкой травме головного мозга по шкале комы Глазго соответствуют + _____ + баллов

- 10-12
- 8-10
- 11-13
- 13-15

Чувствительным методом оценки легких нарушений функции мозга, которые не могут быть выявлены при обычном клиническом осмотре, является

- 10-12
- 8-10
- 11-13
- 13-15

Результаты обследования

На основании результатов клинико-инструментальных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

- 10-12
- 8-10
- 11-13

- 13-15

Факторами риска при лёгкой черепно-мозговой травме являются

- посттравматические судороги
- снижение артериального давления
- повышение частоты пульса
- повышение артериального давления

КТ при лёгкой травме головного мозга повторно выполняется

- перед выпиской из стационара
- при наличии неврологической симптоматики
- через месяц после травмы
- через 6 месяцев после травмы

В остром периоде пациенту показано назначение терапии

- тромболитической
- антикоагулянтной
- антибактериальной
- симптоматической

Сроки временной нетрудоспособности при сотрясении головного мозга не превышают + _____ + дней

- 14
- 35
- 40
- 30

При сотрясении головного мозга с профилактической целью противоэпилептические препараты

- назначают при раздражительности и утомляемости
- назначают при нарушениях сна
- не назначают
- назначают при головной боли

При нарушениях сна в остром периоде сотрясения головного мозга необходимо назначить

- галоперидол
- золпидем
- флуоксетин
- прегабалин

При развитии в рамках постконтузионного синдрома хронической головной боли напряжения следует назначить

- галоперидол
- золпидем
- флуоксетин
- прегабалин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Г. 49 лет доставлен в приемное отделение многопрофильной клинической больницы бригадой скорой медицинской помощи с места дорожно-транспортного происшествия.

Жалобы

Жалобы на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, многократную рвоту.

Анамнез заболевания

Со слов сотрудников скорой медицинской помощи, автомобиль, в котором находился пациент, столкнулся с другим автомобилем на встречной полосе движения при попытке обгона. Скорость движения была около 100 км/час. В результате чего пострадавший ударился головой о боковое стекло. После этого потерял сознание.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Хронические заболевания: варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Масса тела – 79 кг, рост – 175 см. Температура тела – 37,3°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски.

Локально: ссадина и гематома мягких тканей лобно-височной области слева 2×3 см. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 74 в минуту, АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Физиологические отправления не нарушены.

Неврологический статус: уровень сознания – 13 баллов по шкале Глазго. Ригидность затылочных мышц и положительный симптом Кернига с двух сторон под 110 градусов.

Пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности. Несколько заторможен. Односложно отвечает на вопросы, быстро истощается. Периодически – психомоторное возбуждение. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм при краевых отведениях глазных яблок. Расстройств чувствительности на лице нет. Мимические пробы выполняет удовлетворительно.

Мягкое нёбо фонировано. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует. Не помнит события, предшествующие травме, и обстоятельства травмы.

Необходимым методом обследования для исключения внутричерепных нарушений является

- галоперидол
- золпидем
- флуоксетин
- прегабалин

Результаты обследования

У пациента отмечается нарушение памяти в виде + _____ + амнезии

- диссоциированной
- ретроградной
- фиксационной
- антероградной

Уровень сознания в 13 баллов по шкале комы Глазго соответствует

- умеренной коме
- умеренному оглушению
- глубокому оглушению
- глубокой коме

К менингеальному синдрому относится симптом

- Аргайла Робертсона
- Кернига
- Бабинского
- Тремнера

Методом обследования, имеющим диагностическое значение при наличии менингеального синдрома, является

- Аргайла Робертсона
- Кернига
- Бабинского
- Тремнера

Результаты обследования

Противопоказанием для проведения люмбальной пункции является

- наличие двигательных расстройств
- наличие патологических стопных знаков
- наличие признаков дислокационного синдрома
- повышение артериального давления

На основании результатов клинико-инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- наличие двигательных расстройств
- наличие патологических стопных знаков
- наличие признаков дислокационного синдрома
- повышение артериального давления

Информативность КТ головы при диагностике субарахноидального кровоизлияния находится в прямой зависимости от

- тяжести состояния
- срока выполнения
- сопутствующей патологии
- механизма травмы

Пациент должен быть госпитализирован в отделение

- нейрохирургии
- травматологии
- неврологии
- хирургии

В остром периоде пациенту показано назначение терапии

- симптоматической
- антикоагулянтной
- тромболитической
- гемостатической

Для профилактики ангиоспазма используют

- моксонидин
- периндоприл
- нимодипин
- атенолол

При повторении рвоты данному пациенту показано назначение

- моксонидин
- периндоприл
- нимодипин
- атенолол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент П. 29 лет доставлен в приемное отделение многопрофильной клинической больницы бригадой скорой медицинской помощи из спортивного зала, где играл с друзьями в волейбол.

Жалобы

Жалобы на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, многократную рвоту

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что во время игры в волейбол получил незначительный удар по голове мячом. Сознание не терял, продолжил игру. Через 20 минут игры внезапно упал, потерял сознание, развился генерализованный тонико-клонический припадок, после которого пришёл в сознание, пожаловался на сильную головную боль распирающего характера, светобоязнь, отмечалась многократная рвота. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приемное отделение многопрофильной клинической больницы с направительным диагнозом «закрытая травма черепа с сотрясением головного мозга».

Анамнез жизни

* Со слов сопровождавших его друзей, ранее у пациента периодически отмечалась эмоциональная лабильность, часто жаловался на нарушения памяти, головные боли, расстройства концентрации внимания, из-за чего испытывал трудности в работе. Страдал нарушениями сна.

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Профессиональных вредностей не имеет.

* Не женат, детей нет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 90 кг, рост – 190 см. Температура тела – 37,5°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 74 в минуту, АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Следы мочи на одежде.

Неврологический статус: уровень сознания – 13 баллов по шкале Глазго. Ригидность затылочных мышц и положительный симптом Кернига с двух сторон под углом 110 градусов. Пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности. Несколько заторможен. Односложно отвечает на вопросы, быстро истощается. Периодически – психомоторное возбуждение. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Мелкоразмашистый

горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексy с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет относительно удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

Необходимым методом обследования для исключения внутричерепных нарушений является

- моксонидин
- периндоприл
- нимодипин
- атенолол

Результаты обследования

Неинвазивным методом обследования, позволяющим уточнить расположение и размер аневризмы, является

- моксонидин
- периндоприл
- нимодипин
- атенолол

Результаты обследования

Методом обследования, имеющим диагностическое значение при наличии менингеального синдрома, является

- моксонидин
- периндоприл
- нимодипин
- атенолол

Результаты обследования

Неинвазивным методом диагностики церебрального ангиоспазма является

- моксонидин
- периндоприл
- нимодипин
- атенолол

Результаты обследования

Уровень сознания в 13 баллов по шкале комы Глазго соответствует

- умеренному оглушению
- умеренной коме
- глубокому оглушению
- глубокой коме

К менингеальному синдрому относится симптом

- Бабинского
- Аргайла Робертсона
- Кернига
- Тремнера

На основании результатов клинко-инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- Бабинского
- Аргайла Робертсона
- Кернига
- Тремнера

Информативность КТ головы при диагностике субарахноидального кровоизлияния находится в прямой зависимости от

- сопутствующей патологии
- тяжести состояния
- механизма травмы
- срока выполнения

Осложнением аневризматического субарахноидального кровоизлияния является

- паркинсоновский синдром
- апраксия ходьбы
- церебральный ангиоспазм
- генерализованный тик

Для профилактики ангиоспазма используют

- эналаприл
- биспролол
- нимодипин
- индапамид

При повторении эпилептических приступов назначают

- антиоксиданты
- миорелаксанты
- антиконвульсанты

- нейролептики

При повторении рвоты показано назначение

- антиоксиданты
- миорелаксанты
- антиконвульсанты
- нейролептики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 43 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационар через 40 минут после травмы.

Жалобы

На головную боль, головокружение, тошноту, не помнит события, предшествующие падению и обстоятельства травмы.

Анамнез заболевания

При переходе улицы был сбит проезжающей машиной. В течение нескольких секунд находился в бессознательном состоянии. В дальнейшем беспокоила головная боль, головокружение, возникла однократная рвота. Доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационар через 40 минут после травмы.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Женат, имеет двоих детей.
- * Из хронических заболеваний – хронический гастродуоденит.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Масса тела – 76 кг, рост – 167 см. Температура тела – 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. На коже волосистой части головы подкожная гематома и осаднение в правой лобно-височной области. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 80 в минуту, АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Неврологический статус: сознание – 15 баллов по шкале Глазго; менингеальные симптомы отсутствуют. Пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Установочный горизонтальный нистагм при краевых отведениях глазных яблок. Роговичные рефлексы сохранены, расстройств чувствительности на лице нет. Вкус не нарушен. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мягкое нёбо фонировано. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого

нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексy с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполнил удовлетворительно. Тазовые функции контролирует. Не помнит события, предшествующие травме и обстоятельства травмы. Новую информацию запоминает и воспроизводит в полном объёме.

Необходимым методом обследования для исключения внутричерепных нарушений является

- антиоксиданты
- миорелаксанты
- антиконвульсанты
- нейролептики

Результаты обследования

У пациента отмечается нарушение памяти в виде + _____ + амнезии

- ретроградной
- диссоциированной
- фиксационной
- антероградной

13-15 баллов по шкале ком Глазго соответствуют травме головного мозга

- средне-тяжёлой
- тяжёлой
- лёгкой
- тяжёлой со сдавлением

Чувствительным методом оценки легких нарушений функции мозга, которые не могут быть выявлены при обычном клиническом осмотре, является

- средне-тяжёлой
- тяжёлой
- лёгкой
- тяжёлой со сдавлением

Результаты обследования

На основании результатов клинико-инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- средне-тяжёлой
- тяжёлой
- лёгкой

- тяжёлой со сдавлением

Повторное неврологическое обследование должно проводиться с частотой, определяемой

- длительностью посттравматической амнезии и показателями гемодинамики
- клиническим состоянием пострадавшего и наличием изменений на КТ
- механизмом получения травмы и показателями гемодинамики
- результатами нейропсихологического тестирования и ЭЭГ

КТ при лёгкой травме головного мозга повторно выполняется

- перед выпиской из стационара
- через месяц после травмы
- при наличии неврологической симптоматики
- через 6 месяцев после травмы

В остром периоде пациенту показано назначение терапии

- антитромбоцитарной
- симптоматической
- антибактериальной
- антиоксидантной

Сроки временной нетрудоспособности при сотрясении головного мозга не превышают + _____ + дней

- 35
- 30
- 40
- 14

С профилактической целью противосудорожные препараты

- не назначают
- назначают при раздражительности и утомляемости
- назначают при нарушениях сна
- назначают при головной боли

При головокружении необходимо назначить

- прегабалин
- пирибедил
- галоперидол
- бетагистин

При развитии посткоммоционного синдрома с тревожными нарушениями необходимо назначить

- прегабалин
- пирибедил
- галоперидол
- бетагистин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приёмное отделение городской больницы.

Жалобы

на головную боль, головокружение, тошноту, не помнит события, предшествующие падению и обстоятельства травмы

Анамнез заболевания

Со слов очевидцев, на тренировке по футболу упал и ударился головой. В течение нескольких секунд находился в бессознательном состоянии. В дальнейшем беспокоили головная боль, головокружение, возникла однократная рвота. Через час после травмы пациент доставлен в стационар

Анамнез жизни

- * Занимается футболом в течение 15 лет.
- * Не курит, алкоголь не употребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Отмечает нечастые острые респираторные вирусные инфекции.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Масса тела – 68 кг, рост – 182 см. Температура тела – 36,8[°]С. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Кожные покровы волосистой части головы не повреждены. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78/мин, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул был накануне, мочеиспускание свободное.

Неврологический статус: сознание ясное (15 баллов по шкале Глазго); менингеальные симптомы отсутствуют. Пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Мелкоразмашистый установочный горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок. Роговичные рефлексы сохранены, расстройств чувствительности на лице нет. Вкус не нарушен. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мягкое нёбо фонировано. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в

конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполнил удовлетворительно. Тазовые функции контролирует. Не помнит события, предшествующие травме, и обстоятельства травмы. Новую информацию запоминает и воспроизводит в полном объёме

Необходимым методом обследования для исключения внутричерепных нарушений является

- прегабалин
- пирибедил
- галоперидол
- бетагистин

Результаты обследования

У пациента отмечается нарушение памяти в виде + _____ + амнезии

- диссоциированной
- фиксационной
- антероградной
- ретроградной

Лёгкой травме головного мозга по шкале комы Глазго соответствуют + _____ + баллов

- 13-15
- 11-15
- 8-10
- 9-12

Предполагаемым диагнозом у данного пациента является

- 13-15
- 11-15
- 8-10
- 9-12

Периодичность неврологического осмотра при сотрясении головного мозга в течение первых двух часов с момента поступления составляет каждые + _____ + минут

- 30
- 45
- 10
- 60

Подтверждением диагноза «сотрясение головного мозга» являются показатели

- уровня артериального давления
- кровотока в церебральных сосудах
- динамики клинических симптомов
- биоэлектрической активности мозга

КТ при лёгкой травме головного мозга повторно выполняется

- при наличии неврологической симптоматики
- перед выпиской из стационара
- через 6 месяцев после травмы
- через месяц после травмы

В остром периоде пациенту показано назначение + _____ + терапии

- симптоматической
- тромболитической
- антибактериальной
- антикоагулянтной

Сроки временной нетрудоспособности при сотрясении головного мозга не превышают (в днях)

- 30
- 35
- 40
- 14

Назначение пациенту противосудорожных препаратов с профилактической целью

- показано, если у пациента сохраняются жалобы на раздражительность и утомляемость
- не показано
- показано, если у пациента сохраняются жалобы на плохой сон
- показано, если у пациента сохраняются жалобы на головную боль

После однократно перенесённой лёгкой черепно-мозговой травмы может развиваться синдром

- постконтузионный
- паркинсонизма
- корсаковский
- Туретта

Исход лёгкой черепно-мозговой травмы определяется

- постконтузионный
- паркинсонизма

- корсаковский
- Туретта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 31 года бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в стационар

Жалобы

Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния

Анамнез заболевания

Со слов мужа, 6 дней назад пациентка шла в поликлинику на приём к терапевту по поводу катаральных проявлений в горле и повышения температуры тела до $37,4^{\circ}\text{C}$. По дороге была сбита машиной, при падении ударилась затылком о тротуар и утратила сознание на несколько минут. Придя в сознание, ощутила головную боль и тошноту, смогла самостоятельно встать и дойти до поликлиники, откуда была направлена в стационар. В приемном отделении стационара предъявляла жалобы на головную боль и тошноту, при внешнем осмотре на коже затылочной области отмечена ссадина. Пациентке были предложены дополнительные обследования и госпитализация, но она отказалась. Находилась дома и оформила листок нетрудоспособности. Спустя 6 дней после травмы, после употребления 150 мл красного сухого вина, возникло кратковременное психомоторное возбуждение, после которого нарушилось сознание до уровня глубокого оглушения, возникла слабость в правых конечностях. Бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в стационар

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Замужем, имеет одного ребенка 5 лет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 60 кг, рост – 168 см. Температура тела – $37,2^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Осаднение кожных покровов затылочной области волосистой части головы. ЧДД – 18 в минуту. Гиперемия задней стенки глотки. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС – 64 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Неврологический статус: оценка по шкале Глазго – 12 баллов. Отмечается выраженная сонливость, речевой контакт существенно затруднен. Вопросы и задания нередко приходится повторять. Больная отвечает на вопросы с выраженным промедлением, чаще односложно, выполняет лишь элементарные задания. Реакция на боль координирована. Контроль над функциями тазовых органов ослаблен. Менингеальные симптомы отсутствуют. Зрачки равномерные. Роговичные рефлексы сохранены. Сглажена правая носогубная складка. Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2

баллов, оживлением сухожильных и периостальных рефлексов, наличием патологического симптома Бабинского

Расстройство сознания пациентки является

- комой
- умеренным оглушением
- глубоким оглушением
- сопором

Двигательные расстройства у пациентки проявляются в виде

- тетрапареза
- парапареза
- гемипареза
- трипареза

Гемипарез у пациентки является

- смешанным
- экстрапирамидным
- периферическим
- центральным

Обязательным методом обследования является

- смешанным
- экстрапирамидным
- периферическим
- центральным

Результаты обследования

На основании результатов клинико-инструментальных методов обследования данной пациентке можно поставить диагноз

- смешанным
- экстрапирамидным
- периферическим
- центральным

Пациентка должна быть госпитализирована в отделение

- токсикологии
- травматологии
- нейрохирургии
- неврологии

Ангиографическое исследование пациентам с черепно-мозговой травмой выполняется при

- подозрении на повреждение сосудов мозга
- повышении артериального давления
- понижении артериального давления
- появлении менингеальных симптомов

Субдуральная гематома располагается между

- мягкой и субарахноидальной оболочкой
- поверхностью мозга и твердой мозговой оболочкой
- твердой мозговой оболочкой и костью черепа
- субарахноидальной оболочкой и костью черепа

Показанием для хирургического лечения является объём субдуральной гематомы более + ____ + см³

- 10
- 25
- 20
- 40

Проведение рациональной интенсивной терапии должно основываться на

- продолжительности потери сознания
- мониторинге жизненно важных функций
- анализе механизма травмы
- степени угнетения сознания

Для коррекции внутричерепной гипертензии используют

- актовегин
- маннитол
- ницерголин
- пирацетам

Прогностическим фактором неблагоприятного исхода является

- актовегин
- маннитол
- ницерголин
- пирацетам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Б. 25 лет доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы скорой медицинской помощи бригадой СМП без сознания

Жалобы

Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Пациент Б. 25 лет доставлен в приемное отделение бригадой скорой медицинской помощи без сознания. Из анамнеза известно, что бригада была вызвана родственниками пациента. Накануне пациент упал с мотоцикла при движении на низкой скорости и ударился головой об асфальт. В результате травмы, полученной при падении, потерял сознание на непродолжительный период времени. После восстановления сознания возникла головная боль и тошнота. Пациент прекратил поездку и, не обращаясь к врачу, вернулся домой. Через 3 часа он был найден без сознания родственниками, которые вызвали бригаду скорой медицинской помощи

Анамнез жизни

Согласно данным анамнеза, собранного со слов родственников, пациент:

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Увлекается спортом.
- * Хронических заболеваний не имеет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 62 кг, рост – 170 см. Температура тела – 37,0^oC. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Кожные покровы волосистой части головы не изменены. Дыхание спонтанное, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС – 50 в минуту, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. При осмотре: уровень сознания по шкале ком Глазко – 6 баллов. Сбор жалоб невозможен ввиду нарушения сознания.

В неврологическом статусе: ригидность затылочных мышц. Положительный симптом Кернига. Корнеальные рефлексы и фотореакции зрачков снижены с двух сторон. Зрачки округлой формы, OD>OS, мидриаз справа. Положительные рефлексы орального автоматизма. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних и нижних конечностей выше слева. Отмечается повышение тонуса в разгибателях конечностей, больше слева. Выявлен двухсторонний симптом Бабинского, более отчетливый слева. Ротация левой стопы кнаружи. В ответ на болевое раздражение – некоординированная защитная реакция в правых конечностях, в левых конечностях движений практически нет. Физиологические отправления не контролирует

Расстройство сознания пациента является

- сопором
- умеренным оглушением

- терминальной комой
- умеренной комой

Двигательные расстройства у пациента проявляются в виде

- гемипареза
- парапареза
- трипареза
- тетрапареза

Гемипарез у пациента является

- смешанным
- центральным
- периферическим
- экстрапирамидным

Срочным методом обследования является

- смешанным
- центральным
- периферическим
- экстрапирамидным

Результаты обследования

На основании результатов клинико-инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- смешанным
- центральным
- периферическим
- экстрапирамидным

Пациент должен быть госпитализирован в отделение

- хирургии
- неврологии
- травматологии
- нейрохирургии

КТ и МРТ-перфузионные исследования применяются для

- определения внутричерепного давления
- выявления внутричерепной гидроцефалии
- контроля электролитного состава ликвора
- картирования показателей объемного мозгового кровотока

Эпидуральная гематома располагается между

- твердой мозговой оболочкой и костью черепа
- субарахноидальной оболочкой и костью черепа
- мягкой и субарахноидальной оболочкой
- поверхностью мозга и твердой мозговой оболочкой

Показанием для хирургического лечения является объём эпидуральной гематомы более (в см³)

- 20
- 10
- 40
- 30

Для купирования судорог назначают

- нейролептики
- антиоксиданты
- миорелаксанты
- антиконвульсанты

Для коррекции внутричерепной гипертензии используют

- цитиколин
- маннитол
- пирацетам
- ницерголин

Лечение гиповолемии и артериальной гипотензии следует начинать с использования

- цитиколин
- маннитол
- пирацетам
- ницерголин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 46 лет пришел к врачу-неврологу на амбулаторный прием

Жалобы

На боль в поясничном отделе позвоночника; боль значительно нарастает при наклоне вперед, при кашле

Анамнез заболевания

Настоящее обострение в течение недели. Боль в поясничной области беспокоит в

течение 2 лет, практически постоянно. Боль обычно усиливается после физической нагрузки, подъема тяжести. Лечился неоднократно курсами нестероидных противовоспалительных средств, миорелаксантами, с временным эффектом

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей, каких-либо серьезных хронических заболеваний в молодые и средние годы жизни не отмечалось.

Образование среднее специальное, водитель грузового автомобиля. Ведет малоподвижный образ жизни. 2 года назад развелся с женой, с которой находится в конфликтных отношениях. Живет один.

Курит 20 сигарет в день. Алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю в умеренном количестве.

Аллергии на лекарственные препараты не отмечено

Объективный статус

Соматический статус: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, умеренного питания; температура тела – 36,4[°]С. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. В легких дыхание без хрипов. Тоны сердца приглушены, шумов нет; АД – 135/85 мм рт.ст., пульс – 72 удара в минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный; живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах; печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Дизурических явлений нет, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Визуально суставы не изменены.

При обследовании обнаружено выраженное напряжение паравертебральных мышц в поясничном отделе, сглажен поясничный лордоз. Движения в поясничном отделе резко ограничены, особенно наклон вперед, положительный симптом «посадки». Отмечается выраженная болезненность при глубокой пальпации межостистого промежутка L4-L5. В неврологическом статусе: краниальная иннервация интактна. Парезов нет, мышечный тонус в норме, сухожильные рефлексы живые, симметричные, зоны вызывания обычные. Патологических пирамидных знаков нет. Чувствительность интактна. Симптомов натяжения (Ласега, Вассермана, Нери) нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив независимо от закрывания глаз. Походка – без особенностей. Тазовые органы контролирует.

Для уточнения причины и патогенетических механизмов болевого синдрома у данного пациента

- цитиколин
- маннитол
- пирацетам
- ницерголин

Результаты обследования

Для исключения специфических причин боли у пациента необходимы данные

- цитиколин
- маннитол
- пирацетам
- ницерголин

Результаты обследования

Для понимания патогенеза болевого синдрома ведущее значение имеет оценка

- соматического статуса
- функции тазобедренных суставов
- эмоционального состояния
- осанки

Согласно современной классификации боль у пациента

- хроническая
- острая
- транзиторная
- подострая

Имеющиеся у пациента боли относят к

- радикулопатическим
- соматогенным
- психогенным
- скелетно-мышечным

Диагноз пациента можно сформулировать как

- радикулопатическим
- соматогенным
- психогенным
- скелетно-мышечным

Лечение пациента должно включать

- психотерапию
- использование поясничного полужесткого корсета
- эпидуральные блокады
- электрофорез с карипазимом

В лечение болевого синдрома у пациента необходимо использовать

- витамины группы В парентерально
- эсциталопрам
- амитриптилин
- миорелаксанты

Для купирования боли у пациента могут быть эффективны

- местные тепловые процедуры
- вазоактивные препараты
- физические упражнения
- нестероидные противовоспалительные средства

Хирургическое лечение данному пациенту при наличии у него грыжи межпозвонкового диска

- не показано
- показано при наличии секвестрированной грыжи межпозвонкового диска
- должно проводиться при наличии стеноза позвоночного канала
- показано в случае неэффективности консервативной терапии

Для купирования болевого синдрома у пациента может использоваться

- пульс-терапия метилпреднизолоном
- трамадол
- толперизон
- эпидуральная блокада

Наиболее эффективным методом профилактики повторных обострений у пациента является

- пульс-терапия метилпреднизолоном
- трамадол
- толперизон
- эпидуральная блокада

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился к врачу-неврологу

Жалобы

На интенсивные (до 9-10 баллов по ВАШ) боли в правой ноге, больше выраженные в стопе. Боли в бедре и голени носят ноющий, а в стопе распирающий и жгучий характер. Боль значительно усиливается при малейшем движении в правой ноге. Пациент не может наступать на больную ногу, описывая свои ощущения как «ходьбу по битому стеклу». Также отмечается слабость в этой ноге. Пациент вынужден использовать костыли, чтобы не наступать при ходьбе на правую ногу. Из-за болей пациент жалуется на плохой ночной сон, раздражительность и сниженный фон настроения.

Анамнез заболевания

Заболел 4 месяца назад, после того как уснул в душевой кабине в состоянии сильного

алкогольного опьянения, неловко подвернув под себя ногу. При пробуждении ощутил сильную боль и слабость в ноге, лечился в хирургическом отделении стационара с диагнозом «синдром длительного сдавления». После выписки из стационара болевой синдром и слабость в ноге сохранялись, пациент мог передвигаться только на костылях. Три недели назад развился выраженный отек правой стопы, кожа покраснела и стала горячей на ощупь. Отмечалось повышение температуры тела до 38 °С. Пациент был осмотрен хирургом, который не выявил хирургической патологии. Проводилась вазоактивная, метаболическая терапия, использовались простые анальгетики, НПВС с незначительным эффектом.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей, каких-либо серьезных хронических заболеваний не имеет. +

Разведен, имеет двоих детей. Живет один. +

Образование неоконченное высшее, по профессии механик по ремонту автомобилей. В настоящее время не работает в связи с болезнью. +

В течение 10 лет периодически (1-2 раза в неделю) употребляет большое количество крепких алкогольных напитков. Курит 1 пачку сигарет в день. +

Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Соматический статус: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, повышенного питания, температура тела – 36,8[°]С. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание без хрипов. Тоны сердца приглушены, шумов нет; АД – 145/85 мм рт.ст., пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный; живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах; печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Дизурических явлений нет, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отмечается отечность, изменение окраски и трофики кожи правой стопы (рисунок 1). Кожная температура на правой стопе снижена по сравнению с левой.

При обследовании: в правой ноге активные движения в голеностопном, плюснефаланговых и межфаланговых суставах резко ограничены из-за боли. Пассивные движения во всех суставах сопровождаются усилением боли в стопе и голени.

Прикосновения к коже стопы и голени воспринимаются как болевое раздражение.

Выявляется болевая гипестезия в стопе правой ноги до уровня голеностопного сустава. В нижней трети голени – болевая гиперестезия. В левой ноге и руках движения в полном объеме, мышечная сила – 5 баллов. Сухожильные рефлексы с рук и коленные живые, симметричные, ахилловы рефлексы отсутствуют с обеих сторон. Патологических рефлексов нет. Других нарушений в неврологическом статусе не отмечено.

Для уточнения патогенеза неврологических расстройств у пациента необходимо проведение

- пульс-терапия метилпреднизолоном
- трамадол

- толперизон
- эпидуральная блокада

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза следует выполнить

- пульс-терапия метилпреднизолоном
- трамадол
- толперизон
- эпидуральная блокада

Результаты обследования

Боль у пациента имеет + _____ + характер

- невропатический
- ноцицептивный
- смешанный
- психогенный

Изменение внешнего вида ноги вероятно обусловлено + _____ + нарушениями

- психосоматическими
- венозными
- компрессионно-ишемическими
- вегетативно-сосудистыми

Сенсорный феномен, выявляемый у пациента, называется

- дизестезия
- аллодиния
- гиперпатия
- сенестопатия

Предполагаемой причиной имеющихся неврологических нарушений является

- хроническая венозная недостаточность
- грыжа межпозвонкового диска
- повреждение конечности
- закупорка артерии

Данному пациенту можно поставить диагноз

- хроническая венозная недостаточность
- грыжа межпозвонкового диска

- повреждение конечности
- закупорка артерии

В лечении пациента рекомендуется использовать

- миорелаксанты
- хондропротекторы
- бифосфонаты
- антиагреганты

Для уменьшения боли при данном заболевании используют

- подводную тракционную терапию
- глюкокортикостероиды внутривенно
- электрофорез с карипазимом
- чрескожную электронейростимуляцию

Лечение пациента должно включать

- радиочастотную денервацию
- антидепрессанты
- антикоагулянты
- эпидуральные блокады

С целью уменьшения боли у пациента эффективны

- венотоники
- нестероидные противовоспалительные средства
- миорелаксанты
- антиконвульсанты

Для профилактики контрактур рекомендуется использовать

- венотоники
- нестероидные противовоспалительные средства
- миорелаксанты
- антиконвульсанты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная М. 40 лет пришла на прием к врачу-неврологу в сопровождении мужа.

Жалобы

на головные боли, слабость

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда начала ощущать периодические постепенно усиливающиеся головные боли. Лечилась самостоятельно. Боль купировала анальгетиками, к врачу не обращалась. В течение последних 3 месяцев боль выросла и приняла практически постоянный характер. Последние 4 недели появилась тошнота в утренние часы, слабость, апатия. По совету знакомого выполнила МРТ-исследование головного мозга. После этого обратилась к врачу.

Анамнез жизни

Хронических заболеваний и вредных привычек нет.

Объективный статус

Больная в сознании, но слегка вялая, адинамична. В неврологическом статусе отмечается опущение уголка рта слева, оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева. В пробе Барре отчетливо видно опускание левой руки.

Данные МРТ-исследования представлены на рис.1.

Рис.1. МРТ-исследование головного мозга, А – Т1 без контрастирования в аксиальной плоскости; Б, В, Г – с контрастированием в аксиальной (Б), сагиттальной (В), фронтальной (Г) плоскостях. На рисунках А и Б представлены аналогичные срезы.

Заключение МРТ. Опухоль округлой формы, окруженная кистозной полостью, расположенная в проекции правой лобной доли. Менингиома? Опухоль интенсивно и однородно накапливает контрастное вещество.

Проведение рентгеновской КТ головного мозга с целью дополнительного обследования в данном клиническом наблюдении

- не требуется; рентгеновская КТ и МРТ головного мозга при опухолях имеют одинаковую информативность и полностью взаимозаменяемы, выбор методики визуализации определяется только предпочтением лечебного учреждения и наличием диагностического оборудования
- не требуется, МРТ является методом выбора в диагностике большинства опухолей головного мозга
- необходимо, т.к. ее информативность при внеозговых внутричерепных опухолях выше, чем информативность МРТ-исследования
- не требуется; рентгеновская КТ не используется в диагностике опухолей головного мозга в связи с низкой информативностью при этой патологии

Внеозговыми внутричерепными опухолями являются

- олигодендроглиомы
- эпендимомы
- глиобластомы
- менингиомы

В подавляющем большинстве наблюдений менингиомы представлены

- доброкачественными опухолями

- опухольюми высокой степени злокачественности
- доброкачественными опухольюми у лиц моложе 60 лет, после этого возраста количество злокачественных форм начинает быстро нарастать и превышает число доброкачественных форм
- переходными формами опухольей и занимают место между доброкачественными и злокачественными формами новообразований

Менингиомы относятся к группе

- опухольей черепных нервов
- опухольей селлярной области
- герминативно-клеточных опухольей
- оболочечных опухольей

Менингиомы растут из клеток

- твердой мозговой оболочки
- арахноидальной оболочки
- эндотелия мелких артерий твердой мозговой оболочки
- эндотелия, выстилающего внутреннюю поверхность синусов твердой мозговой оболочки

Головная боль является основной жалобой пациентки. Она вызвана

- компрессией корешков тройничного нерва
- причинами, которые не связаны непосредственно с опухолью, и является нарастающей по интенсивности головной болью напряжения
- реактивным менингитом, который типичен для оболочечных опухольей
- повышением внутричерепного давления

Опущение левого угла рта, выявленное у пациентки, является следствием

- поражения лицевого (VII) нерва по центральному типу
- нарушения функции двигательной порции тройничного (V) нерва
- периферического поражения лицевого (VII) нерва
- паранеопластического процесса

Обнаружение менингиомы у женщины

- является большой клинической редкостью, абсолютное большинство менингиом поражает детей, во взрослом возрасте такие опухоли практически не встречаются
- является типичной клинической ситуацией, т.к. у лиц женского пола эти опухоли встречаются в два раза чаще, чем у мужчин
- представляет собой редкое клиническое наблюдение, менингиомы практически не встречаются у лиц женского пола
- является типичной клинической находкой, менингиомы с одинаковой частотой обнаруживаются в мужской и женской популяциях

Назначение антиконвульсантов

- при опухоли головного мозга показано вне зависимости от наличия или отсутствия у пациентки симптоматической эпилепсии
- больной не показано, т.к. они не дают эффекта при опухолях головного мозга
- показано только после удаления опухоли; антиконвульсанты не дают эффекта при опухолях головного мозга и поэтому не назначаются больным до момента удаления образования, после удаления внутричерепной опухоли все больные должны получать антиконвульсанты с профилактической целью не менее двух лет
- больной не показано в связи с отсутствием эписиндрома

Для купирования отека мозга, вызванного опухолью, больной в качестве первой линии терапии показано назначение

- ацетазоламида
- маннитола
- дексаметазона
- гидрохлортиазида

Для купирования отека мозга при опухолях в качестве глюкокортикоида обычно назначают

- дексаметазон в дозе 10-12 мг четыре раза в сутки внутримышечно, суммарная доза колеблется в диапазоне от 40 до 48 мг
- бетаметазон в дозе 1 мг один раз в три дня внутримышечно
- дексаметазон в дозе 4-8 мг два или три раза в день внутримышечно, суммарная доза колеблется в диапазоне от 8 до 24 мг
- дексаметазон в дозе 24 мг два или три раза в сутки внутривенно капельно, суммарная доза колеблется в диапазоне от 48 до 72 мг

Наиболее частым и опасным осложнением лечения отека мозга с использованием дексаметазона у больных с опухолями мозга является

- дексаметазон в дозе 10-12 мг четыре раза в сутки внутримышечно, суммарная доза колеблется в диапазоне от 40 до 48 мг
- бетаметазон в дозе 1 мг один раз в три дня внутримышечно
- дексаметазон в дозе 4-8 мг два или три раза в день внутримышечно, суммарная доза колеблется в диапазоне от 8 до 24 мг
- дексаметазон в дозе 24 мг два или три раза в сутки внутривенно капельно, суммарная доза колеблется в диапазоне от 48 до 72 мг

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 36 лет обратилась за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

на приступы головной боли.

Анамнез заболевания

С 8-летнего возраста страдает головными болями, которые возникали после переутомления, сопровождались болями в животе, тошнотой и рвотой.

Продолжительность приступов не превышала 2 часов. С 18-летнего возраста появились приступы более интенсивной головной боли продолжительностью до 2 суток. Головная боль носит распирающий, пульсирующий характер, локализуется преимущественно с одной стороны. Наряду с головной болью, при каждом приступе возникает тошнота и рвота (иногда многократная), выраженная гиподинамия, а также непереносимость света и звуков. Во время беременности головные боли полностью регрессировали. После прекращения лактации отмечает возобновление приступов. В последний год наблюдает учащение приступов в среднем до 5-6 в месяц. Кроме того приступы стали плохо купироваться анальгетиками.

Анамнез жизни

- * у матери пациентки наблюдаются идентичные головные боли;
- * сопутствующие заболевания: феномен Рейно, артериальная гипотония;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергии к лекарственным препаратам нет.

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД – 110/70 мм рт.ст. Пульс – 74 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Дизурии нет.

Неврологический статус: сознание ясное. Пациентка полностью ориентируется в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Со стороны краниальной иннервации без особенностей. Движения в полном объеме. Слабости нет, мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые. Патологических стопных знаков нет. Чувствительных расстройств нет. В пробе Ромберга устойчива.

Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует. При пальпации выявляется болезненность верхней порции трапецевидных мышц с наличием в них болезненных мышечных уплотнений и триггерных точек.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- общий анализ крови
- клинический
- МРТ головного мозга

- ультразвуковое исследование магистральных артерий головы

Главным признаком для постановки диагноза является

- длительность приступа головной боли
- наличие подобных головных болей у матери пациентки
- купирование головной боли применением простых анальгетиков
- провокация головной боли приемом алкоголя

На основании клинических признаков предположительным диагнозом является

- длительность приступа головной боли
- наличие подобных головных болей у матери пациентки
- купирование головной боли применением простых анальгетиков
- провокация головной боли приемом алкоголя

Поводом для дополнительного обследования пациента с головной болью является

- неэффективность триптанов
- усиление головной боли при изменении положения тела
- высокая интенсивность головной боли
- наличие очаговых неврологических симптомов

Рекомендуемыми лекарственными препаратами для купирования головной боли являются

- спазмолитики
- комбинированные анальгетики
- триптаны
- антигистаминные средства

К лекарственным средствам, которые могут облегчить симптомы фото- и фонофобии в приступе мигрени, относят

- метамизол
- триптаны
- метоклопрамид
- аспирин

Показанием для назначения профилактической терапии мигрени является

- наличие сопровождающих симптомов тошноты и рвоты в приступе головной боли
- высокая интенсивность головной боли
- усиление головной боли от физической активности
- высокая частота приступов головной боли

НПВП для купирования приступов мигрени следует использовать

- по мере необходимости
- не чаще 15 раз в месяц
- не чаще 1 раза в месяц
- не чаще 3-4 раз в месяц

Противопоказанием для назначения триптанов является

- псориатический артрит
- гастродуоденопатия
- перенесенный инфаркт миокарда
- бронхиальная астма

Дополнительным показанием для назначения профилактической терапии при мигрени является

- высокая интенсивность головной боли
- наличие выраженных симптомов тошноты и рвоты
- наличие выраженных проявлений астении
- неэффективность средств для купирования головной боли

Средствами первой линии для профилактического лечения мигрени являются

- вазодилататоры
- ноотропы
- антигистаминные средства
- бета-адреноблокаторы

Длительность курса профилактической терапии мигрени составляет

- вазодилататоры
- ноотропы
- антигистаминные средства
- бета-адреноблокаторы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 73 лет обратилась за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

на приступы интенсивной лицевой боли.

Анамнез заболевания

В течение 20 лет беспокоят интенсивные стреляющие, колющие и жгучие боли в области верхней челюсти слева. Боли носят приступообразный характер, провоцируются холодом, жеванием, чисткой зубов, прикосновением к щеке. Длительность пароксизма 1-2 минуты. Обследовалась неоднократно стоматологами, причина болевого синдрома не установлена. Между приступами состояние удовлетворительное, однако отмечает постоянную ноющую и жгучую боль в левой половине лица, которая усиливается при прикосновении, одевании очков, головного убора

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, прием антигипертензивных средств позволяет контролировать АД, глаукома.

* Оперативные вмешательства: холецистэктомия, аппендэктомия.

* Аллергии к лекарственным препаратам нет.

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД – 130/80 мм рт.ст. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Дизурии нет.

Неврологический статус: сознание ясное. Пациентка адекватно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Чувствительные нарушения на лице: в зоне иннервации 2 ветви тройничного нерва выявляется гиперестезия, гиперпатия. Аллодиния отмечается на всей правой половине лица. Движения мимической мускулатуры симметричные. Дизартрии, дисфагии нет. Движения в полном объеме. Слабости нет, мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые. Патологических стопных знаков нет. Чувствительных расстройств нет. В пробе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует.

Приоритетным для постановки диагноза методом исследования является

- вазодилататоры
- ноотропы
- антигистаминные средства
- бета-адреноблокаторы

Результаты обследования

Наиболее важной характеристикой заболевания является

- длительность приступов лицевой боли
- наличие болевых межприступных проявлений
- провокация повышением АД
- появление пароксизмальных лицевых болей в пожилом возрасте

На основании клинических данных можно предположить диагноз

- длительность приступов лицевой боли
- наличие болевых межприступных проявлений
- провокация повышением АД
- появление пароксизмальных лицевых болей в пожилом возрасте

Наиболее частой причиной тригеминальной невралгии является

- опухоль мостомозжечкового угла
- вазоневральный конфликт
- рассеянный склероз
- герпес

К рекомендованным препаратам для терапии тригеминальной невропатической боли относят

- бета-адреноблокаторы
- клоназепам
- НПВП
- прегабалин

Дозы прегабалина, применяемые при тригеминальной невропатии, составляют + _____ + мг/сут

- 1000
- 800
- 1200-1500
- 150-600

Фармакологическими средствами для лечения тригеминальной невропатической боли являются

- НПВП
- антидепрессанты группы СИОЗСН
- антагонисты кальция
- бета-блокаторы

Противопоказанием для назначения трициклических антидепрессантов является

- одновременный прием антигипертензивных средств
- глаукома
- перенесенная холецистэктомия
- старший возраст

Наиболее частым побочным эффектом применения прегабалина является

- язвенная болезнь желудка
- глаукома
- бронхиальная астма
- сонливость

Рекомендуемым методом нефармакологического лечения тригеминальной невropатической боли является

- мануальная терапия
- когнитивно-поведенческая терапия
- иглорефлексотерапия
- алкоголизация гассерова узла

Для тригеминальной невралгии реже всего характерно поражение ветви

- 1
- 2
- 3
- одновременно 1 и 2

При формировании невропатической тригеминальной боли показано назначение

- 1
- 2
- 3
- одновременно 1 и 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

на приступы интенсивной лицевой боли.

Анамнез заболевания

В течение двух последних лет возникают приступы сильных односторонних лицевых болей в лобно-височной области. Боли имеют острый сверлящий характер, интенсивность их чрезвычайно высокая. Во время приступа на стороне боли отмечаются покраснение глаза, слезотечение, заложенность носа, потливость лица, отек века, птоз и сужение зрачка. Приступы короткие от 20 мин до 1 часа. В течение суток возникает 5-6 приступов. Пациент в момент боли вынужден двигаться, испытывает беспокойство, отчаяние. Между приступами испытывает постоянный страх возобновления боли. Боли возникают периодически. Болевой период длится в среднем 1 месяц, затем в течение

года приступы не возникают вовсе. В разные болевые периоды сторона боли может меняться. В болевой период отмечает нарушения сна, поскольку большинство приступов возникает ночью. Прием алкоголя всегда провоцирует приступ в этот период. По завершении болевого периода полностью здоров, никакие факторы не провоцируют приступы лицевой боли.

Анамнез жизни

- * хронических заболеваний нет;
- * курит, алкоголь потребляет умеренно;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергии к лекарственным препаратам нет.

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 130/85 мм рт. ст. Пульс 78 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Дизурии нет.

Неврологический статус: Сознание ясное. Пациент адекватно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Отмечается легкое опущение и отечность правого века, сужение правого значка. Чувствительные нарушения на лице не выявляются. Движения мимической мускулатуры симметричные. Дизартрии, дисфагии нет. Движения в полном объеме. Слабости нет, мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые. Патологических стопных знаков нет. Чувствительных расстройств нет. В пробе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует.

К необходимым методам обследования для постановки диагноза относят

- 1
- 2
- 3
- одновременно 1 и 2

Результаты обследования

Ключевым признаком, определяющим диагноз пучковой (кластерной) головной боли является

- длительность приступа
- периодичность течения заболевания
- провокация алкоголем
- наличие ночных приступов головной боли

У данного больного можно предположить диагноз

- длительность приступа
- периодичность течения заболевания
- провокация алкоголем
- наличие ночных приступов головной боли

Симптомом, который является показанием для дополнительного обследования пациента с головной болью, является наличие

- жалоб на головокружение
- обмороков
- сопутствующей соматической патологии
- очаговых неврологических симптомов

Фактором, провоцирующим приступы пучковой (кластерной) головной боли, является

- повышение АД
- курение
- алкоголь
- стресс

В типичных случаях при пучковой (кластерной) головной боли характер течения заболевания

- стабильный
- регрессирующий
- рецидивирующий
- прогрессирующий

Для купирования приступа пучковой боли рекомендованы

- сосудорасширяющие средства
- нестероидные противовоспалительные средства
- антигистаминные препараты
- триптаны

Эффективным способом купирования приступов пучковой головной боли является

- прием нестероидных противовоспалительных средств
- прием вазодилататоров
- прием простых анальгетиков
- вдыхание 100% кислорода

Препаратом выбора для профилактического лечения пучковой (кластерной) головной боли является

- верапамил
- прегабалин

- amitriptilin
- flupirtin

Профилактическую терапию пациенту с пучковой (кластерной) головной болью предпочтительно назначать

- в самом начале болевого пучка
- в период максимально высокой частоты приступов
- сразу после постановки диагноза
- за несколько дней до предполагаемого обострения

Методом выбора нефармакологического лечения пучковой головной боли является

- мануальная терапия
- иглорефлексотерапия
- массаж
- нейростимуляция большого затылочного нерва

Профилактическая терапия пучковой головной боли отменяется + _____ + после достижения ремиссии

- мануальная терапия
- иглорефлексотерапия
- массаж
- нейростимуляция большого затылочного нерва

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет обратилась за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

на интенсивные головные боли и эпизоды зрительных нарушений и онемения в руке.

Анамнез заболевания

С детства страдает приступами головной боли, которая носит пульсирующий и сдавливающий характер и сопровождается непереносимостью света, звуков, тошнотой и иногда рвотой. С 25 лет после первых родов характер приступов изменился. За 1 час до развития головной боли стала отмечать кратковременные (20 минут) зрительные расстройства, которые напоминают вспышки и мерцание света, которые формируются в зигзагообразную ломаную линию, которая возникает сначала в центре поля зрения, затем постепенно увеличивается и медленно движется к периферии поля зрения. Как правило, после зрительных нарушений возникает онемение в кончиках пальцев с одной стороны, которое поднимается вверх и распространяется на лицо с этой стороны. Длительность эпизодов чувствительных расстройств не превышает 15 минут. Вслед за

этим появляется головная боль, которая длится в среднем до суток и сопровождается фото- и фонофобией, тошнотой, иногда рвотой. В последний год приступы повторяются в среднем в течение 5-7 дней в месяц.

Анамнез жизни

- * схожие приступы головной боли отмечались у матери пациентки;
- * пациентка 2 года назад перенесла инфаркт миокарда;
- * страдает в течение 5 лет артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД 160/90 мм рт.ст, антигипертензивные препараты принимает нерегулярно;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергии к лекарственным препаратам нет.

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД – 135/80 мм рт.ст. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Дизурии нет.

Неврологический статус: сознание ясное. Пациентка адекватно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Со стороны краниальной иннервации без особенностей. Движения в полном объеме. Слабости нет, мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые. Патологических стопных знаков нет. Чувствительных расстройств нет. В пробе Ромберга устойчива.

Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует.

Главным методом обследования, необходимым для постановки диагноза является

- мануальная терапия
- иглорефлексотерапия
- массаж
- нейростимуляция большого затылочного нерва

Результаты обследования

Преходящие зрительные расстройства, возникающие перед приступом головной боли при мигрени трактуются как

- миопия
- зрительная аура
- липотимия
- атрофия зрительного нерва

У данной больной можно предположить диагноз

- миопия

- зрительная аура
- липотимия
- атрофия зрительного нерва

Преходящие чувствительные расстройства, возникающие перед приступом головной боли при мигрени, трактуются как

- проявления шейного миофасциального синдрома
- симптомы туннельной невропатии
- сенсорная аура
- признаки шейного остеохондроза

К лекарственным препаратам, которые могут способствовать ухудшению течения мигрени с аурой, относят

- антиконвульсанты
- ноотропы
- комбинированные оральные контрацептивы
- блокаторы Ca каналов

Причиной ограничения использования комбинированных оральных контрацептивов у женщин с мигренью с аурой является

- увеличение риска ишемического инсульта
- ухудшение течения артериальной гипертензии
- увеличение интенсивности боли в приступе мигрени
- увеличение длительности приступов мигрени

Противопоказанием для назначения триптанов пациентам с мигренью является

- эпилептический припадок
- обморок
- сахарный диабет
- ишемическая болезнь сердца

Целью использования триптанов при мигрени с аурой является купирование

- тревоги
- сенсорных расстройств
- зрительных расстройств
- приступов головной боли, фото-, фонофобии, тошноты и рвоты

Показанием для назначения профилактической терапии мигрени с аурой является

- наличие сенсорной ауры
- наличие зрительной ауры
- высокая частота приступов

- наличие фото- и фонофобии

Целью назначения профилактической терапии при мигрени является

- купирование сенсорной ауры
- снижение частоты приступов мигрени
- купирование зрительной ауры
- купирование головокружения

Противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов для профилактического лечения мигрени является

- бронхиальная астма
- транзиторная ишемическая атака
- артериальная гипертензия
- обморок

Отдаленным прогнозом течения мигрени с комплексной аурой в старшем возрасте является

- бронхиальная астма
- транзиторная ишемическая атака
- артериальная гипертензия
- обморок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 44 лет обратился за консультативной помощью к неврологу

Жалобы

На приступы головной боли

Анамнез заболевания

10 лет назад появились приступы головной боли стягивающего, сдавливающего и распирающего характера, которые характеризуются легкой или умеренной интенсивностью, сопровождаются ощущением давления на глазные яблоки, болью и напряжением шейно-затылочных мышц. Продолжительность приступов от 4 часов до 2 суток. Начало заболевания пациент связывает с психотравмирующей ситуацией. В начале заболевания головные боли возникали в среднем 1 раз в месяц и отличались короткой продолжительностью, хорошо купировались приемом парацетамола. В последние 2 года отмечается нарастание частоты эпизодов головной боли до 2 раз в неделю. Они стали более продолжительными, появилось ощущение подавленности, раздражительности, нарушения сна, резко снизилась работоспособность. Попытки приема снотворных

средств, анксиолитиков не улучшает состояние, головные боли возникают с прежней частотой и интенсивностью.

Анамнез жизни

- * 2 года назад перенес легкую ЧМТ с полным восстановлением;
- * хронических заболеваний нет;
- * курит 1 пачку сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергии к лекарственным препаратам нет.

Объективный статус

Объективно: гиперстеничного телосложения, ИМТ=30. состояние удовлетворительное. АД 135/80 мм рт. ст. Пульс 72 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Дизурии нет.

Неврологический статус: Сознание ясное. Пациент адекватно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Со стороны краниальной иннервации без особенностей. Движения в полном объеме. Слабости нет, мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые. Патологических стопных знаков нет. Чувствительных расстройств нет. В пробе Ромберга устойчив.

Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует. При мануальной пальпации выявляется болезненность грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных мышц, верхней косой мышцы справа, наличие болезненных мышечных уплотнений и триггерных точек.

Главным методом обследования, необходимым для постановки диагноза является

- бронхиальная астма
- транзиторная ишемическая атака
- артериальная гипертензия
- обморок

Результаты обследования

В диагностике формы головной боли полезным клиническим признаком является

- напряжение перикраниальных мышц, выявляемое при мануальной пальпации
- провокация головной боли стрессом
- усиление боли при кашле
- боль при движении в шейном отделе

У данного больного можно предположить диагноз

- напряжение перикраниальных мышц, выявляемое при мануальной пальпации
- провокация головной боли стрессом
- усиление боли при кашле

- боль при движении в шейном отделе

Показанием для дополнительного обследования пациента с головной болью является наличие

- головокружений
- ЧМТ в анамнезе
- нарушений сна
- стойких очаговых неврологических симптомов

Для купирования эпизода головной боли напряжения рекомендован прием

- ибупрофена
- ношпы
- верапамила
- суматриптана

Ибупрофен для купирования эпизода головной боли напряжения применяют в минимальной дозе + _____ + мг

- 400
- 800
- 100
- 600

Препаратом выбора для профилактического лечения головной боли напряжения является

- верапамил
- карбамазепин
- amitriptilin
- пропранолол

Рекомендуемым методом нефармакологического лечения головной боли напряжения является

- иглорефлексотерапия
- мануальная терапия
- биологическая обратная связь
- йога

Показанием для назначения профилактической терапии при головной боли напряжения является наличие + _____ + дней с головной болью в месяц

- 15 и более
- 5 - 7
- 1 - 3

- 3 - 5

Амитриптилин для лечения головной боли напряжения не следует назначать пациентам с

- глаукомой
- артериальной гипертензией
- гастродуоденитом
- сопутствующей мигренью

Основной целью профилактической терапии ГБН является снижение

- частоты эпизодов головной боли на 50% и более
- выраженности нарушений сна
- интенсивности боли
- выраженности астении

Рекомендуемым методом нефармакологического лечения ГБН является

- частоты эпизодов головной боли на 50% и более
- выраженности нарушений сна
- интенсивности боли
- выраженности астении

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-неврологу в поликлинику

Жалобы

На боль умеренной выраженности (5-6 баллов по 10-балльной шкале) и скованность движений в области шеи, надплечья и межлопаточной области слева. Боли усиливаются при движениях в шейном отделе позвоночника, регрессируют лежа.

Анамнез заболевания

Боль в шее беспокоит практически постоянно в течение последних 2 лет, усиливаясь при эмоциональных стрессах, длительном пребывании в фиксированной позе, сидя, после переохлаждения.

Последнее обострение развилось после длительного пребывания в положении сидя: пациентка за 3 дня должна была написать годовой отчет, в связи с чем работала за компьютером по 14-16 часов в сутки.

Анамнез жизни

Травмы и хронические заболевания отрицает. Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено. Ведет малоподвижный образ жизни, подвержена частым эмоциональным стрессам

Объективный статус

В соматическом статусе не обнаружено изменений. АД 110/70 мм рт.ст., пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. При обследовании отмечаются ограничение подвижности в шейном отделе, защитное напряжение мышц шеи, больше слева, горизонтальной порции трапециевидной мышцы слева, сглаженность шейного лордоза. При пальпации подзатылочных мышц слева, трапециевидной мышцы слева выявляются участки резко болезненного локального гипертонуса, при нажатии на которые боль отдает в левый глаз и висок из подзатылочных мышц и в межлопаточную область из трапециевидной мышцы. Неврологический статус: Краниальные нервы интактны. Парезов нет. Мышечный тонус в норме. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, симметричные. Патологических пирамидных знаков нет. Расстройств поверхностной и глубокой чувствительности нет. Симптомы натяжения (Нери, Ласега, Вассермана) отрицательные. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

Для уточнения причин и патогенетических механизмов болевого синдрома

- частоты эпизодов головной боли на 50% и более
- выраженности нарушений сна
- интенсивности боли
- выраженности астении

Результаты

Для исключения вторичного характера боли в шее у пациентки необходимы данные

- частоты эпизодов головной боли на 50% и более
- выраженности нарушений сна
- интенсивности боли
- выраженности астении

Результаты

Особенности клинической картины свидетельствуют о + _____ + характере боли

- ноцицептивном
- психогенном
- смешанном
- невропатическом

Боли в шее, надплечье и межлопаточной области у пациентки с высокой степенью вероятности имеют

- радикулопатический характер
- соматогенно-обусловленный характер
- неспецифическую природу
- функциональную (психогенную, невротическую) природу

Предполагаемым основным неврологическим диагнозом является

- радикулопатический характер
- соматогенно-обусловленный характер
- неспецифическую природу
- функциональную (психогенную, невротическую) природу

У пациентки выявляются признаки

- специфического болевого синдрома
- плечевой периартропатии
- «Фасеточного» болевого синдрома
- миофасциального болевого синдрома

В лечении пациентки эффективно использование

- методики подводного вытяжения
- массажа
- гирудотерапии
- нейролингвистического программирования

В лечении пациентки необходимо использовать

- хондропротекторы
- глюкокортикоиды
- антиконвульсанты
- НПВС

В качестве дополнительной медикаментозной терапии у данной пациентки оптимально использовать

- антидепрессанты
- миорелаксанты для расслабления шейных мышц
- диуретики для уменьшения отёка
- венотоники для улучшения венозного оттока

Для лечения боли у пациентки рекомендуется

- чрескожная электростимуляция
- проведение лечебных блокад
- радиочастотная денервация фасеточных суставов
- подводное вытяжение

В лечении пациентки наиболее эффективным методом является

- применение хондропротекторов курсами 2 раза в год
- использование кинезиотейпов
- лечебная гимнастика

- регулярное использование шейного ортеза

Прогноз заболевания

- применение хондропротекторов курсами 2 раза в год
- использование кинезиотейпов
- лечебная гимнастика
- регулярное использование шейного ортеза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 42 лет обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

На диффузные головные боли сжимающего характера по типу «обруча» от 3 до 7 баллов по ВАШ, различной длительности (от 5-6 часов до нескольких суток), возникают чаще вечером, но могут беспокоить в течение дня. Приступы возникают с частотой более 15 дней в месяц, не усиливаются при физической нагрузке, не сопровождаются тошнотой, фото- и фонофобией. Постоянно беспокоит чувство напряжения и дискомфорта в области задней поверхности шеи и надплечий, локальные боли в мышцах в разных частях тела (надплечья, плечи, предплечья, ягодицы, задняя и передняя поверхность бедер), более выраженные в ногах. Боли усиливаются в разное время суток, вне зависимости от физической нагрузки. Также беспокоит выраженная общая слабость, ограничивающая активность в дневное время (не может долго держать голову, прямо сидеть, при ходьбе ноги тяжелые «как будто на стопы положили кирпичи, а мышцы ног наполняются водой или воздухом, ощущение, что надули изнутри»). Жалобы на нарушение сна: трудности при засыпании и пробуждении, выраженная дневная сонливость.

Анамнез заболевания

Нарушения сна, головные боли и боли в мышцах стали беспокоить 12 лет назад. Тогда пациентке был поставлен диагноз «полимиозит», назначена терапия преднизолоном 45 мг с последующим снижением дозы до 5 мг. На фоне лечения отмечалось временное улучшение, но затем состояние периодически ухудшалось, пациентка не могла долго стоять на ногах из-за мышечной утомляемости, из-за чего пациентка уходила с работы, меняя одно место работы на другое. Ухудшение состояния возникло 3 года назад, после ОРВИ, когда усилились боли и утомляемость в мышцах, участились приступы головных болей. Был назначен метотрексат 10 мг в неделю, также продолжала ежедневный прием преднизолона 5 мг. Эффекта от проводимого лечения не отмечалось.

Анамнез жизни

- * Ранний анамнез без особенностей.
- * Образование высшее (программист), работала специалистом по страхованию, мастером маникюра, кредитным специалистом с перерывами в 3-4 месяца. Из-за

болезни с работой справлялась не всегда. 1,5 года не работает. Инвалидность III группы.

* Не замужем, детей нет. Живет с сестрой и двумя племянниками.

* Аллергологический анамнез: пентоксифиллин – удушье, никотиновая кислота – гиперемия кожи над суставами.

* Перенесенные травмы и операции: перелом левого запястья в 2014 г, вмешательство по поводу гиперплазии эндометрия в 2015 г.

* Сопутствующие заболевания: хронический эрозивный гастрит вне обострения.

* Гинекологический анамнез: менархе в 12 лет, менструации обильные по 7 дней, болезненные.

Объективный статус

* Соматический статус: Нормостеническое телосложение. Умеренного питания.

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

* Кожа телесного цвета, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. В области груди, подмышек и бедер выявлены стрии. Отеков нет

* Тоны сердца ясные. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. АД в положении сидя – 120/70 мм рт.ст.

* В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в минуту.

* Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

* Суставы визуально не изменены

* Стул и диурез в норме. Мочеиспускание безболезненное.

В нейроортопедическом статусе: S-образный сколиоз, шейный кифоз, асимметрия таза с функциональным укорочением левой ноги (за счет сколиоза). Плоскостопие с вальгусной установкой стоп. Подвижность в шейном отделе позвоночника ограничена в латерофлексии с поворотом головы вправо, в поясничном отделе позвоночника объем движений во флексии и боковых наклонах избыточный. Нагрузочные пробы на крестцово-подвздошные суставы отрицательные с 2 сторон. Объем движений в суставах рук и ног полный, движения в суставах безболезненные. Симптомов натяжения нет. Мышечный тонус снижен, сухожильные рефлексы с рук и ног живые, симметричные. Патологических рефлексов нет. Чувствительность в норме.

При пальпации выявляется болезненность следующих точек на теле с 2-х сторон:

затылочная область – место прикрепления *M.suboccipitalis*; трапецевидная мышца – середина верхнего края *M.trapezius*; медиальные углы лопаток; грудино-реберные сочленение на уровне второго ребра; 2 см дистальнее латеральной надмыщелки плеча; *Trochanter* бедренных костей; ягодичная область – верхний наружный квадрат ягодич; медиальная жировая подушка в области коленного сустава.

Для уточнения патогенеза синдрома мышечной утомляемости необходимо выполнить

- применение хондропротекторов курсами 2 раза в год
- использование кинезиотейпов
- лечебная гимнастика
- регулярное использование шейного ортеза

Результаты обследования

Для исключения или подтверждения диагноза «полимиозит» следует выполнить

- применение хондропротекторов курсами 2 раза в год
- использование кинезиотейпов
- лечебная гимнастика
- регулярное использование шейного ортеза

Результаты обследования

Головная боль у пациентки носит характер

- психогенной головной боли
- гипертензионной головной боли
- классической мигрени без ауры
- головной боли напряжения

Болезненные точки тела, выявляемые у пациентки, называются

- сенестопатические
- миофасциальные
- триггерные
- тендерные

Пациентке необходима консультация

- психиатра
- ревматолога
- кардиолога
- эндокринолога

Данной пациентке можно поставить диагноз

- психиатра
- ревматолога
- кардиолога
- эндокринолога

Для данного заболевания характерна

- сниженная глубокая чувствительность
- боль в мышцах
- мышечная слабость
- патологическая мышечная утомляемость

Критерием диагноза является

- локализация боли в нижней части тела
- крайне высокая интенсивность боли
- невропатический характер боли
- широкая распространенность боли

Данное заболевание

- диагностируется только при наличии депрессии
- имеет наследственный характер
- чаще наблюдается в пожилом возрасте
- плохо поддается лечению

Лечение пациентки должно включать

- антиконвульсанты
- НПВС
- миорелаксанты
- антидепрессанты

В лечении заболевания доказана эффективность

- иглорефлексотерапии
- физических упражнений
- ботулинотерапии
- локальных инъекций анестетиков в триггерные точки

Заболевание у пациентки характеризуется

- иглорефлексотерапии
- физических упражнений
- ботулинотерапии
- локальных инъекций анестетиков в триггерные точки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет обратилась за консультативной помощью к неврологу

Жалобы

На приступы головной боли

Анамнез заболевания

С 12 лет страдает приступообразными головными болями высокой интенсивности, пульсирующего характера, преимущественно односторонней локализации в височно-теменной области, которые сопровождаются тошнотой и рвотой. Во время приступа резко снижается активность, отмечает усиление головной боли при любых движениях,

что заставляет ее лежать в постели в темном помещении. Приступы часто провоцируются эмоциональными нагрузками. Ввиду провокации приступов приемом вина, полностью отказалась от алкоголя. Отмечает, что в период менструации приступы возникали в каждом цикле и характеризовались особенной интенсивностью. Длительность приступа от 12 до 24 часов. Во время беременности головные боли полностью регрессировали. На протяжении многих лет использовала для купирования приступов простые анальгетики. В возрасте 42 лет отметила резкое снижение частоты приступов и к 54 годам они полностью регрессировали. Однако после назначения гинекологом-эндокринологом менопаузальной гормональной терапии стали беспокоить головные боли, по характеру напоминающие переносимые ранее приступы цефалгии. Головные боли интенсивные и не купируются простыми и комбинированными анальгетиками. Приступы возникают в среднем с частотой 6-8 раз в месяц.

Анамнез жизни

- * У матери и дочери пациентки наблюдаются схожие приступообразные головные боли;
- * Сопутствующие заболевания: аллергический ринит, гастродуоденит;
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * Профессиональных вредностей не имеет;
- * Аллергии к лекарственным препаратам нет.

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 64 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Дизурии нет.

Неврологический статус: Сознание ясное. Пациентка полностью ориентируется в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Со стороны краниальной иннервации без особенностей. Движения в полном объеме. Слабости нет, мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые. Патологических стопных знаков нет. Чувствительных расстройств нет. В пробе Ромберга устойчива.

Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует. При пальпации выявляется болезненность верхней порции трапецевидных мышц с наличием в них болезненных мышечных уплотнений и триггерных точек.

Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования

- иглорефлексотерапии
- физических упражнений
- ботулинотерапии
- локальных инъекций анестетиков в триггерные точки

Результаты обследования

Главным признаком для постановки диагноза является

- наличие подобных головных болей у матери и дочери пациентки
- длительность приступа головной боли
- провокация головной боли приемом алкоголя
- купирование головной боли применением простых анальгетиков

На основании клинических признаков можно предположить диагноз

- наличие подобных головных болей у матери и дочери пациентки
- длительность приступа головной боли
- провокация головной боли приемом алкоголя
- купирование головной боли применением простых анальгетиков

Поводом для дополнительного обследования является

- высокая интенсивность головной боли
- усиление головной боли от физической активности
- неэффективность анальгетиков
- возраст старше 50 лет

Лекарственными средствами, рекомендуемыми для купирования головной боли являются

- триптаны
- спазмолитики
- антигистаминные средства
- комбинированные анальгетики

Причиной рецидива мигренозной головной боли в старшем возрасте может быть

- менопауза
- использование менопаузальной гормональной терапии
- наличие сопутствующего аллергического ринита
- наличие сопутствующего гастродуоденита

Показанием для назначения профилактической терапии мигрени является

- высокая интенсивность головной боли
- усиление головной боли от физической активности
- высокая частота приступов головной боли
- наличие сопровождающих симптомов тошноты и рвоты в приступе головной боли

Прием триптанов для купирования приступов мигрени следует рекомендовать

- не чаще 1 раза в месяц
- не чаще 10 раз в месяц
- по мере необходимости
- не чаще 3-4 раз в месяц

Триптаны противопоказаны при

- ишемической болезни сердца
- сахарном диабете 2 типа
- артериальной гипертензии
- приеме заместительной гормональной терапии

К дополнительным показаниям для назначения профилактической терапии при мигрени относят

- частое использование средств для купирования головной боли
- высокую интенсивность головной боли
- выраженные симптомы тошноты и рвоты
- выраженные проявления астении

Средствами первой линии для профилактического лечения мигрени являются

- бензодиазепиновые анксиолитики
- НПВП
- трициклические антидепрессанты (амитриптилин)
- вазодилататоры

Рекомендуемым методом нефармакологического профилактического лечения мигрени является

- бензодиазепиновые анксиолитики
- НПВП
- трициклические антидепрессанты (амитриптилин)
- вазодилататоры

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет обратился к врачу-неврологу в специализированную неврологическую клинику.

Жалобы

На боль в области левой ягодицы, иррадирующую по задне-наружной поверхности бедра, затруднения при ходьбе из-за этой боли; онемение, жжение по наружно-боковой поверхности голени и стопы слева. Боль и онемение усиливаются в положении сидя и уменьшаются в положении лежа.

Анамнез заболевания

В течение 5 лет отмечает периодически возникающие боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при физической нагрузке, неловких движениях, переохлаждении. Боли регрессировали самостоятельно. Настоящее обострение в

течение 4 месяцев, после длительной (8-ми часовой) поездки за рулем автомобиля. Сначала появились боли в области левой ягодицы. Пациент самостоятельно выполнил инъекцию диклофенака в левую ягодицу, после чего присоединились боль и онемение по задней поверхности бедра, голени и по наружному краю стопы. Лечился амбулаторно с использованием НПВС, миорелаксантов, витаминов группы В внутримышечно, проводились сеансы физиотерапии, массажа спины без существенного эффекта. В связи с сохранением боли обратился к неврологу в специализированную неврологическую клинику.

Анамнез жизни

- * Раннее развитие – без особенностей, каких-либо серьезных хронических заболеваний в молодые и средние годы жизни не отмечалось.
- * Образование высшее, офисный работник, работа долгое время связана с длительным пребыванием в положении сидя, много времени проводит за рулем автомобиля, мало ходит.
- * Курит 1 пачку сигарет в день. Алкоголь употребляет 3-4 раза в месяц в небольших количествах.
- * Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Соматический статус: пациент нормостенического телосложения, умеренного питания; температура тела – 36,4°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. В легких дыхание без хрипов. Тоны сердца приглушены, шумов нет; АД – 117/75 мм рт.ст., пульс – 62 удара в минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный; живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах; печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Дизурических явлений нет, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Визуально суставы не изменены. При осмотре: сглажен поясничный лордоз, движения в поясничном отделе позвоночника не ограничены, безболезненны; движения в тазобедренных суставах в полном объеме. При пальпации отмечается выраженная болезненность и напряжение в левой ягодичной области, как показано на рисунке 1. Отмечается болезненность в ягодице слева при отведении голени наружу согнутой в колене ноги с одновременной внутренней ротацией бедра в положении пациента лежа на спине (проба Боннэ – Бобровниковой) – рисунок 2.

Неврологический статус: краниальные нервы интактны. Легкий парез разгибателей левой стопы (4 балла), мышечный тонус в норме, слева снижен ахиллов рефлекс.

Патологических пирамидных знаков нет. Снижение болевой чувствительности по наружной поверхности левой голени и наружному краю левой стопы. Симптомы натяжения (Ласега, Вассермана) отрицательные. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Ходит, прихрамывая из-за боли. Тазовые функции контролирует.

Для уточнения причин люмбоишиалгии у пациента необходимо провести

- бензодиазепиновые анксиолитики
- НПВП

- трициклические антидепрессанты (амитриптилин)
- вазодилататоры

Результаты обследования

Для уточнения уровня поражения периферической нервной системы у пациента наиболее информативным методом является

- бензодиазепиновые анксиолитики
- НПВП
- трициклические антидепрессанты (амитриптилин)
- вазодилататоры

Результаты обследования

Болевой синдром у пациента носит + _____ + характер

- невропатический
- смешанный
- психогенный
- ноцицептивный

Чувствительные и рефлекторные расстройства у пациента обусловлены компрессией

- корешка L5
- малоберцового нерва
- седалищного нерва
- корешка S1

У пациента следует диагностировать

- корешка L5
- малоберцового нерва
- седалищного нерва
- корешка S1

Возможной причиной ухудшения состояния пациента с присоединением чувствительных и рефлекторных расстройств является

- инъекция диклофенака
- выполнение физических упражнений
- парентеральное использование витаминов группы В
- использование инъекций миорелаксантов

Боль у пациента является

- острой

- подострой
- транзиторной
- хронической

Лечение пациента должно включать

- ударно-волновую терапию
- медикаментозные блокады
- тепловое лечение
- тракционную терапию

В лечении пациента необходимо использовать

- мануальную терапию
- электрофорез с карипазимом
- магнитную стимуляцию
- радиочастотную денервацию

В лечении пациента необходимо использовать

- лечебную гимнастику
- подводное вытяжение
- местные тепловые процедуры
- физиотерапевтические методы лечения

Медикаментозная терапия пациента должна включать

- антидепрессанты
- антиагреганты
- кортикостероиды парентерально
- витамины группы В

Наиболее эффективным методом профилактики последующих обострений болевого синдрома у пациента является

- антидепрессанты
- антиагреганты
- кортикостероиды парентерально
- витамины группы В

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в городскую клиническую больницу.

Жалобы

на чувство нехватки воздуха

Анамнез заболевания

В течение последних суток ощущает слабость в конечностях, одышку. Данная симптоматика варьирует в течение суток, отмечается ее прогрессирование. С трудом откашливает мокроту. Прием лекарственных препаратов отрицает.

Анамнез жизни

- * Гипертоническая болезнь 1 ст. Ожирение. +
- * Оперативные вмешательства: отрицает. +
- * Аллергоанамнез: не отягощен +
- * Вредные привычки: отрицает
- * Эпид.анамнез: контакты с инфекционными, лихорадящими больными, укусы животных и клещей, пребывание в эпидемически опасных очагах отрицает.

Объективный статус

Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести. Пассивное положение. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичные. Степень цианоза: умеренный. АД 135/70 мм рт. ст., ЧСС 90 уд. в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумов нет. В легких выслушивается жесткое дыхание, выслушиваются влажные хрипы с обеих сторон. Проводится инсуффляция кислородом с потоком 6 л/мин. SaO₂ без ингаляции кислородом 82%. ЧДД 26-27 в мин. При дыхании разнонаправленные движения грудной и передней брюшной стенки. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Тазовые функции не нарушены.

Неврологический статус при поступлении: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Глазные щели, зрачки D=S. Объем движения глазных яблок полный. Левосторонний лагофтальм. Слабость мимической мускулатуры. Кашлевой рефлекс сохранен. Мокроту откашливает плохо. Провисание мягкого неба. Назолалия. Вялый симметричный тетрапарез со снижением мышечной силы в проксимальных отделах до плечей. Слабость глубоких мышц шеи: не может оторвать голову от подушки. Кашлевой толчок abs. Слабость мышц спины. Мышечный тонус снижен. Сухожильные рефлексы сохранены. Патологических знаков нет. Чувствительных нарушений нет.

Для постановки диагноза необходимым является проведение

- антидепрессанты
- антиагреганты
- кортикостероиды парентерально
- витамины группы В

Результаты обследования

При нейрофизиологическом исследовании помимо классического теста в данном случае диагностическую ценность также имеет

- антидепрессанты
- антиагреганты
- кортикостероиды парентерально
- витамины группы В

Результаты

У данной больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- антидепрессанты
- антиагреганты
- кортикостероиды парентерально
- витамины группы В

У пациентки наиболее вероятна + _____ + форма заболевания

- лицевая
- глазная
- генерализованная
- бульбарная

С учетом выраженной неврологической и соматической патологии для этой пациентки в качестве первой линии лечения необходим

- прием цитостатиков
- прием глюкокортикоидов
- прием антихолинэстеразных препаратов
- плазмаферез

В рамках хирургического лечения генерализованной миастении выполняют

- резекцию вилочковой железы
- тимэктомию
- спленэктомию
- струмэктомию

Из кортикостероидов препаратом первой линии долгосрочной иммуносупрессивной терапии является

- дексаметазон
- гидрокортизон
- беклометазон
- преднизолон

Из цитостатиков препаратом первой линии долгосрочной иммуносупрессивной терапии является

- азатиоприн
- циклофосфамид
- микофеналата мофетил
- циклоспорин

Помимо купирования миастенического криза экстракорпоральная терапия при этом заболевании используется

- при высоком титре антител к ацетилхолину
- при высоком титре антител к мышечно-специфичной тирозинкиназе
- в качестве предоперационной подготовки перед резекцией вилочковой железы
- в качестве предоперационной подготовки перед тимэктомией

Назначение ингибиторов ацетилхолинэстеразы рекомендовано

- сразу после установки диагноза миастении гравис
- после сеанса плазмафереза
- при отсутствии эффекта от иммуносупрессивной терапии
- при прогрессировании симптоматики

Миастения является заболеванием + _____ + природы

- нейрометаболической
- аутоиммунной
- нейродегенеративной
- инфекционной

Наличие антител к вольтаж-зависимым кальциевым каналам синапса характерно для

- нейрометаболической
- аутоиммунной
- нейродегенеративной
- инфекционной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 63 лет обратилась за консультативной помощью к неврологу

Жалобы

на приступы интенсивной лицевой боли

Анамнез заболевания

В течение трех лет беспокоят сильнейшие стреляющие боли в нижней челюсти справа.

Боли возникают ежедневно, носят пароксизмальный характер, провоцируются холодом, жеванием, умыванием, чисткой зубов. Длительность пароксизма от нескольких секунд до 1 минуты. Предполагая стоматологическую причину болей, пациентка saniровала все зубы, однако приступы продолжались. Приступы носят стереотипный характер. На протяжении всего заболевания боли всегда односторонние. Между приступами состояние удовлетворительное

Анамнез жизни

- * хронических заболеваний нет
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергии к лекарственным препаратам нет

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 76 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Дизурии нет.

Неврологический статус: Сознание ясное. Пациент адекватно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Чувствительные нарушения на лице не выявляются. Движения мимической мускулатуры симметричные. Дизартрии, дисфагии нет. Движения в полном объеме. Слабости нет, мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые. Патологических стопных знаков нет. Чувствительных расстройств нет. В пробе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует.

Приоритетным методом для постановки диагноза является

- нейрометаболической
- аутоиммунной
- нейродегенеративной
- инфекционной

Результаты обследования

Наиболее важными характеристиками заболевания для постановки диагноза является провокация

- сменой режима сна и бодрствования
- стимулами на стороне боли
- стрессом
- физической активностью

На основании клинических признаков и данных МРТ предполагается диагноз

- сменой режима сна и бодрствования

- стимулами на стороне боли
- стрессом
- физической активностью

Наиболее частой причиной тригеминальной невралгии является

- рассеянный склероз
- опухоль мостомозжечкового угла
- герпес
- вазоневральный конфликт

К рекомендованным лекарственным препаратам для терапии тригеминальной невралгии относят

- клоназепам
- карбамазепин
- нестероидные противовоспалительные средства
- антидепрессанты

Доза карбамазепина, применяемая при тригеминальной невралгии составляет
+ _____ + мг/сут

- 400
- 1200
- 600-800
- 200

Эффективным методом нефармакологического лечения тригеминальной невралгии является

- мануальная терапия
- высокочастотная ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция первичной моторной коры
- точечный массаж
- иглорефлексотерапия

В случае неэффективности консервативной терапии тригеминальной невралгии обусловленной вазоневральным конфликтом рекомендована

- хирургическая декомпрессия
- нейростимуляция супраорбитального нерва
- сипатэктомия
- алкоголизация гассерова узла

Назначение карбамазепина пациентам с тригеминальной невралгией противопоказано в случае

- одновременного приема противовирусных препаратов
- глаукомы
- атрио-вентрикулярной блокады
- одновременного приема антиаритмических средств

Показанием для хирургического лечения вазо-неврального конфликта при тригеминальной невралгии является

- провокация боли внешними стимулами
- высокая интенсивность боли
- анамнез заболевания больше 1 года
- неэффективность консервативной терапии

Реже всего при тригеминальной невралгии поражается + _____ + ветвь тройничного нерва

- 1
- 1 и 2
- 3
- 2

При формировании нейропатической тригеминальной боли показано назначение

- 1
- 1 и 2
- 3
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 42 лет обратилась к врачу-неврологу амбулаторно.

Жалобы

на асимметрию лица, невозможность закрыть правый глаз, слезотечение из правого глаза, выпадение пищи изо рта.

Анамнез заболевания

Утром пациентка в зеркале отметила асимметрию правой половины лица: опустился угол рта, правый глаз не закрывался. Известно, что накануне, пациентка ехала на автомобиле с открытым окном, после чего вечером появилась боль за правым ухом с иррадиацией в правую половину лица. Наутро появились вышеописанные жалобы. Пациентка самостоятельно лечилась препаратами никотиновой кислоты, витаминами группы В (внутримышечно) без положительного эффекта. По этому поводу обратилась к неврологу по месту жительства.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза в год. Хронические заболевания отрицает.
- * Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными и лихорадящими больными отрицает.
- * Аллергологический анамнез: неотягощен.

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 72 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный. Дизурии нет. Высыпаний на коже нет. Сознание ясное. В месте, времени и собственной личности ориентирована правильно. Контактна. Тревожна. Менингеальных симптомов нет. Поля зрения не нарушены, глазные щели S>D. Зрачки равные, фотореакция прямая и содружественная, реакция на конвергенцию и аккомодацию живая, симметричная. Движения глазных яблок в полном объеме. Диплопии и нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена, точки выхода тройничного нерва безболезненны с двух сторон. Правосторонний прозопарез: сглаженность складок лба, невозможность поднять бровь, лагофтальм, слезотечение, щека "парусит", угол рта опущен, при оскале асимметрия. Гиперакузии нет, вкусовая чувствительность не нарушена. Симптом Белла положительный справа. Слух не нарушен. Нистагма нет. Дизартрии, дисфонии, дисфагии нет. Язык по средней линии. Парезов нет. Сухожильные рефлексы в руках и ногах живые, S=D. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В пробе Ромберга устойчива. Функции тазовых органов не нарушены.

Предполагаемым основным диагнозом является

- 1
- 1 и 2
- 3
- 2

У пациентки наблюдается поражение лицевого нерва по + _____ + типу

- периферическому
- кортикальному
- стволловому
- центральному

Методом инструментальной диагностики для подтверждения диагноза и оценки динамики течения заболевания является

- периферическому
- кортикальному
- стволловому
- центральному

Результаты инструментального метода обследования

Синдром Рамсея-Ханта, характеризующийся поражением лицевого нерва, связан с

- Лайм-боррелиозом после укуса клеща
- поражением узла коленца вирусом опоясывающего герпеса
- хроническим мезотимпанитом
- опухолью мосто-мозжечкового угла

Для лечения невралгии лицевого нерва пациенту показано назначение

- кеторолака
- карбамазепина
- тизанидина
- преднизолона

В случае синдрома Рамсея-Ханта показано назначение

- противовирусных препаратов
- центральных миорелаксантов
- препаратов на основе метамизола натрия
- противосудорожных препаратов

Эффективной дозой преднизолона, назначаемой сразу после установления диагноза является + _____ + мг/кг/сут в течение 7 дней

- 2
- 1
- 10
- 5

Гиперакузия, возникающая при невралгии лицевого нерва, связана с

- парезом _m.stapedius_
- невритом слухового нерва
- острой нейросенсорной тугоухостью
- хроническим мезотемпанитом

Синдром Мелькерссона-Розенталя, помимо невралгии лицевого нерва, характеризуется

- отеком и уплотнением лица и губ, со складчатым языком
- снижением вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка
- высыпаниями в ушной раковине, наружном слуховом проходе
- слезотечением, гиперакузией и сильными болями в глубине уха

Наиболее эффективным немедикаментозным методом лечения невропатии лицевого нерва является (-ются)

- СВЧ и УВЧ токи
- лечебная гимнастика
- аппликации димексида
- магнитотерапия

При полном параличе с высоким риском неблагоприятного функционального исхода в качества нейрохирургического лечения используется

- стереотаксическая высокочастотная ризотомия
- резекция шиловидного отростка и рассечение шилоподъязычной мышцы
- ретромастоидальная краниотомия
- хирургическая декомпрессия нерва

Симптом Белла характеризуется

- стереотаксическая высокочастотная ризотомия
- резекция шиловидного отростка и рассечение шилоподъязычной мышцы
- ретромастоидальная краниотомия
- хирургическая декомпрессия нерва

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет пришла на консультацию к врачу-неврологу

Жалобы

На слабость в руках, нечеткость речи, поперхивание твердой и жидкой пищей, эпизодические судороги в икроножных мышцах в ночное время, похудание на 10 кг за последние два года.

Анамнез заболевания

Весной 2 года назад стала отмечать затруднение глотания, которое постепенно прогрессировало. После смены консистенции пищи на протертую стала глотать лучше. С этого времени отмечает снижение массы тела на 10 кг, связывает с изменением диеты из-за трудностей глотания. С весны прошлого года появилась и стала нарастать слабость в руках, родственники отметили изменение речи.

Анамнез жизни

* Артериальная гипертония. Хронический гастрит. Хроническая обструктивная болезнь легких.

- * Курила по 1-2 пачки сигарет в день в течение 15 лет, отказалась от курения 3 года назад.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Перенесенные операции: аппендэктомия в 35 лет.
- * Гинекологический анамнез: 3 беременности, 2 аборта, 1 самостоятельные роды. Менопауза с 49 лет.
- * Наследственный анамнез: отец пациентки умер в 67 лет, в последние годы жизни наблюдались сходные симптомы (нарушение глотания, слабость в конечностях).
- * Аллергоанамнез: аллергия на новокаин в виде отека Квинке.

Объективный статус

Соматический статус: состояние удовлетворительное. Рост – 158 см, масса тела – 59 кг. АД – 135/85 мм рт.ст. Пульс – 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный. Дизурии нет.

Неврологический статус: сознание ясное, контактна, тревожна. Ориентирована правильно. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные. Реакция зрачков на свет сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Конвергенция сохранена. Диплопии нет. Установочный нистагм в крайних отведениях. Чувствительность на лице сохранена. Точки выхода ветвей тройничных нервов безболезненны. Лицо симметрично. Слух сохранен. Умеренная дизартрия, дисфония. Дисфагия, преимущественно твердой пищей. Сила мышц шеи сохранена. Язык при выведении из полости рта по средней линии. Мышечная сила снижена в левой руке до 3 баллов, в правой руке до 3,5 баллов, в проксимальном отделе левой ноги до 4 баллов. Мышечный тонус не изменен. Гипотрофия мышц плечевого пояса с двух сторон, тенара справа, межкостных мышц кистей и стоп, мышц голени D>S. Спонтанные фасцикуляции в проксимальных мышцах рук, ног, грудных мышцах. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, без четкой разницы сторон. Кистевой аналог рефлекса Россолимо с двух сторон. Походка не изменена. Координаторные пробы выполняет с интенцией, легкой дисметрией. В пробе Ромберга пошатывается. Четких расстройств чувствительности не выявлено. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

Выберите специфический для постановки диагноза лабораторный метод обследования

- стереотаксическая высокочастотная ризотомия
- резекция шиловидного отростка и рассечение шилоподъязычной мышцы
- ретромастоидальная краниотомия
- хирургическая декомпрессия нерва

Результаты лабораторного метода обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- стереотаксическая высокочастотная ризотомия
- резекция шиловидного отростка и рассечение шилоподъязычной мышцы
- ретромастоидальная краниотомия
- хирургическая декомпрессия нерва

Результаты инструментального метода обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- стереотаксическая высокочастотная ризотомия
- резекция шиловидного отростка и рассечение шилоподъязычной мышцы
- ретромастоидальная краниотомия
- хирургическая декомпрессия нерва

У данной пациентки можно предположить + _____ + форму данного заболевания

- шейно-грудную
- бульбарную
- первично-генерализованную
- пояснично-крестцовую

Для лечения спастичности у таких пациентов следует применять

- баклофен
- метилпреднизолон
- трамадол
- amitriptilin

При нарушениях дыхания у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом следует проводить

- ингаляции кислорода до 10 раз в день
- постоянную ингаляционную поддержку кислородом
- терапию противотревожными препаратами
- неинвазивную вентиляцию легких

Для лечения фасцикуляций, крампи у таких пациентов следует применять

- трамадол
- препараты иммуноглобулинов
- карбамазепин
- amitriptilin

Для контроля саливации у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом можно применять

- этилметилгидроксипиридина сукцинат
- амитриптилин
- ипидакрин
- леветирацетам

Основной терапией, применяемой при данном заболевании, является

- симптоматическая
- противотревожная
- нейрометаболическая
- патогенетическая

Для коррекции слюнотечения у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом применяют парентеральное введение

- магния сульфата
- ботулинического токсина
- тиоктовой кислоты
- амитриптилина

Парез и фасцикуляции в мышцах рук являются признаками поражения периферического мотонейрона на уровне

- грудного отдела спинного мозга
- шейного отдела спинного мозга
- пояснично-крестцового отдела спинного мозга
- ствола головного мозга

Клонусы стоп являются признаком поражения

- грудного отдела спинного мозга
- шейного отдела спинного мозга
- пояснично-крестцового отдела спинного мозга
- ствола головного мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет обратился в поликлинику к врачу-неврологу. На прием пришел в сопровождении супруги.

Жалобы

Жалуется на несистемное головокружение в виде чувства неустойчивости при ходьбе, общую слабость, которая возникает при быстром вставании, повышенную утомляемость при физической и умственной работе, забывчивость, повторные потери сознания, эпизоды зрительных галлюцинаций.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились около 2 лет назад, без видимой причины, постепенно нарастают. Со слов супруги, в последнее время стал вялым, замедленным, снизилась сообразительность, забывает выключить свет, воду в ванной, не может без посторонней помощи найти свои вещи. Разучился готовить, хотя всю жизнь проработал поваром, теперь может приготовить только самую простую еду. Также супруга обращает внимание на изменение походки: стал шаркать. Отмечались два эпизода кратковременной потери сознания: один раз утром, после вставания с постели; второй раз при вставании из-за стола после еды. После возвращения сознания было зафиксировано низкое АД – 90/60 мм рт.ст. В течение последнего месяца в вечернее и ночное время отмечались неоднократные эпизоды зрительных галлюцинаций: видел своего покойного брата, который «сидел в кресле и читал книгу». При этом пациент не осознавал патологического характера своих видений, был очень взволнован, вел себя неадекватно.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей. 15 лет назад была диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, по этому поводу периодически получает курсы терапии блокаторами протонной помпы и прокинетиками.

Наследственный анамнез по двигательным и когнитивным расстройствам не отягощен.

Вредные привычки отрицает.

По профессии – повар, в настоящее время на пенсии.

Объективный статус

Пациент в удовлетворительном состоянии, сознание ясное, положение активное. Рост – 179 см, масса тела – 78 кг, окружность живота – 94 см. При физикальном исследовании по органам и системам – без особенностей. АД – 110/70, ЧСС – 82 в минуту.

При осмотре: сознание ясное, правильно ориентирован в месте и времени. Критика снижена. Познавательная деятельность протекает в значительно замедленном темпе (брадифрения), уровень концентрации внимания значительно колеблется (флюктуации). Обращенную речь понимает полностью, собственная речь пациента беглая, плавная, правильная в грамматическом отношении, но очень тихая, интонационно не окрашенная. Чтение, письмо не страдают. Память о событиях жизни, как недавних, так и отдаленных, в целом, сохранена, хотя может ошибаться в отдельных деталях. При нейропсихологическом исследовании выявляются умеренные нарушения памяти и расстройства управляющей функции по типу импульсивности. МоСа тест – 22 балла (норма – не менее 26).

В _неврологическом статусе_: ограничение зрения вверх, парез конвергенции. Гипомимия, гипокинезия без четкой разницы сторон, больше в ногах. Мышечный тонус повышен по пластическому типу, S=D. Парезов нет, сухожильные рефлексы живые, симметричные, чувствительность интактна, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Походка: шаг укорочен, шарканье, повороты затруднены, про-, ретро- и латеропульсии.

Для уточнения причины повторных потерь сознания необходимо выполнить

- грудного отдела спинного мозга
- шейного отдела спинного мозга
- пояснично-крестцового отдела спинного мозга
- ствола головного мозга

Результаты

Для уточнения причины когнитивных нарушений необходимо выполнить

- грудного отдела спинного мозга
- шейного отдела спинного мозга
- пояснично-крестцового отдела спинного мозга
- ствола головного мозга

Результаты

В неврологическом статусе у пациента выявляется

- паркинсонизм
- синдром патологически повышенной мышечной утомляемости
- нижний спастический парапарез
- вестибуло-мозжечковая атаксия

Когнитивные нарушения, выявляемые у пациента, являются

- умеренными, но не достигающими степени деменции
- выраженными
- преимущественно субъективными
- незначительными или лёгкими

Предполагаемым основным неврологическим диагнозом является

- умеренными, но не достигающими степени деменции
- выраженными
- преимущественно субъективными
- незначительными или лёгкими

Вегетативные расстройства у пациента

- являются вариантом возрастной нормы для лиц пожилого и старческого возраста
- связаны с основным заболеванием
- требуют поиска и исключения сопутствующего цереброваскулярного заболевания
- возможно связаны с синдромом вегетативной дистонии в рамках тревожно-депрессивного расстройства

Для лечения когнитивных нарушений пациенту следует назначить

- повторные прерывистые курсы винпоцетина
- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- высокие дозы циннаризина на длительное время
- нейротропные витамины группы В в сочетании с альфа-липоевой кислотой

Для коррекции двигательных нарушений пациенту можно назначить

- препарат из группы агонистов дофамина (пирибедил, прамапексол или ропинирол)
- комбинацию леводопы и бенсеразида
- центральный холиноблокатор тригексифенидил
- препарат из группы ингибиторов MAO-B (разагалин или селегелин)

Из нефармакологических методов коррекции ортостатической гипотензии пациенту можно рекомендовать

- исключить из рациона сало, жирное мясо, копчёности
- строго придерживаться бессолевой диеты
- употреблять до 3 литров жидкости в сутки
- ограничить время пребывания в вертикальном положении 3 часами в день

При недостаточной эффективности нефармакологических методов для коррекции ортостатической гипотензии можно назначить

- дексаметазон
- ацетазоламид
- флудрокортизон
- фуросемид

Для лечения зрительных галлюцинаций, если они будут повторяться после подбора базисной терапии, можно назначить

- клоназепам
- амитриптилин
- галоперидол
- кветиапин

Наиболее доказательной стратегией профилактики прогрессирования когнитивных нарушений у пациента является

- клоназепам
- амитриптилин
- галоперидол
- кветиапин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась в поликлинику к врачу-неврологу. На приём пришла в сопровождении дочери.

Жалобы

на повышенную забывчивость, снижение умственной работоспособности, трудности подбора слова в разговоре, несистемное головокружение в виде чувства общей слабости и дурноты, тяжесть в голове, неустойчивость и пошатывание при ходьбе.

Анамнез заболевания

Не менее 15 лет страдает артериальной гипертензией, систематического лечения не получает, при повышении АД принимает фиксированную комбинацию эналаприла и гипотиазида. 12 лет назад диагностирован сахарный диабет II типа, принимает по этому поводу метформин 1700 мг/сут. 10 лет назад перенесла ишемический инсульт с клиникой правостороннего центрального гемипареза без гемигипестезии и афазии с последующим полным регрессом неврологической симптоматики. В течение всего времени после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения принимает ацетилсалициловую кислоту в дозе 75 мг/сут. Память начала снижаться около 2-3 лет назад, исподволь, без видимой причины, забывчивость неуклонно нарастает. Со слов дочери, страдает преимущественно память на текущую информацию и недавние события жизни, в то время как воспоминание о молодых и средних годах жизни достаточно сохранны. В настоящее время пациентка обслуживает себя сама без подсказок и напоминаний, но разучилась пользоваться дистанционным пультом для телевизора, стиральной машиной и телефоном, может приготовить только самую простую еду. Ходит в ближайший магазин, но часто забывает, что нужно купить, иногда испытывает затруднения при расчётах на кассе. Не покидает без сопровождения пределов своего микрорайона.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей, в молодые и средние годы жизни каких-либо серьёзных заболеваний не было.

В последние 4-5 лет отмечается устойчивая тенденция к брадикардии, кардиологи выставляют диагноз «синдром слабости синусового узла».

Семейный анамнез: отец и мать пациентки умерли от заболеваний сердца, каких именно пациентка в настоящее время сказать затрудняется.

Никогда не курила и не принимала алкоголь.

Профессиональных вредностей не было, по профессии юрист, в настоящее время на пенсии.

Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Пациентка в удовлетворительном состоянии, положение активное. Повышенного питания: рост – 165 см, масса тела – 77 кг, окружность живота – 103 см. При физикальном исследовании по органам и системам выявляется акцент второго тона над аортой. АД –

160/80 мм рт.ст., ЧСС – 53 в минуту.

Неврологический статус: сознание ясное, контактна, правильно дезориентирована во времени, правильно ориентирована в месте, критика несколько снижена. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь беглая, но содержит паузы из-за поиска нужного слова, грамматический строй речи сохранен. При исследовании высших мозговых функций выявляются выраженные нарушения памяти, трудности серийного счёта, конструктивная апраксия, зрительно-пространственная агнозия, выраженные нарушения управляющих функций по типу импульсивности. Часто не может правильно назвать показываемый предмет. Познавательная деятельность протекает в значительно замедленном темпе (брадифрения), при выполнении нейропсихологических тестов быстро устаёт. МоСа тест – 17 баллов.

Краниальная иннервация: недостаточность конвергенции, оживлены рефлексы орального автоматизма (хоботковый, ладонно-подбородочный с двух сторон), сглаженность носогубной складки справа. Лёгкая гипомимия и туловищная гипокинезия, мышечный тонус в норме. Парезов нет, сухожильные рефлексы живые, D=S, зоны вызывания обычные, патологических пирамидных знаков нет. Чувствительность интактна. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга лёгкая неустойчивость независимо от закрывания глаз. Походка: долго медлит, прежде чем сделать первый шаг, затем начинает идти коротким шагом, шаркает, при поворотах «приклеивается» к полу и топчется на месте. При этом содружественные движения рук сохранены. База ходьбы расширена, отмечается пошатывание. Тазовые органы контролирует.

Для уточнения причин и патогенетических механизмов неврологических нарушений необходимо выполнить

- клоназепам
- amitriptilin
- галоперидол
- кветиапин

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо выполнить

- клоназепам
- amitriptilin
- галоперидол
- кветиапин

Результаты обследования

С целью диагностики поражения сосудов головного мозга необходимо выполнить

- клоназепам

- амитриптилин
- галоперидол
- кветиапин

Результаты обследования

У пациентки можно диагностировать синдром + _____ + когнитивных нарушений

- умеренных, но не достигающих стадии деменции
- преимущественно субъективных
- лёгких или минимальных
- выраженных

Специфические особенности когнитивных нарушений у пациентки свидетельствуют о заинтересованности

- островка височной доли
- стыка лобной и теменных долей
- гиппокампа
- верхних отделов правой височной доли

В представленном случае есть достаточные основания для диагностики

- островка височной доли
- стыка лобной и теменных долей
- гиппокампа
- верхних отделов правой височной доли

Диагноз

Ингибиторы ацетилхолинэстеразы в представленном случае

- можно назначить как препараты второго выбора при недостаточной эффективности мемантина
- не показаны, так как когнитивные нарушения имеют смешанную (сосудисто-дегенеративную) природу
- противопоказаны
- можно назначить для улучшения когнитивных функций

Антигипертензивную терапию следует

- временно приостановить до подбора адекватной терапии когнитивных нарушений
- усилить
- прекратить, так как она может приводить к усугублению когнитивных нарушений
- продолжить без изменений, так как в пожилом возрасте не следует стремиться к полной нормализации артериального давления

С целью улучшения когнитивных функций пациентке можно назначить

- повторные курсы альфа-липоевой кислоты
- внутривенные введения высоких доз пирацетама (4,8-12 г/сут)
- мемантин
- длительный приём препаратов токоферола (витамин E)

В качестве дополнительной терапии когнитивных нарушений пациентке можно также рекомендовать

- холина альфосцерат
- терапию стволовыми клетками
- ривастигмин в форме трансдермальной транспортной системы
- ингибиторы MAO-B (селегелин)

С учётом имеющегося атеросклеротического стеноза сонных артерий тактика ведения пациентки должна включать

- назначение новых оральных антикоагулянтов
- назначение статинов
- стентирование сонных артерий
- каротидную эндартерэктомию

Для профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения дезагрегантную терапию, которую получает пациент, следует

- назначение новых оральных антикоагулянтов
- назначение статинов
- стентирование сонных артерий
- каротидную эндартерэктомию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик, 7 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 40 °С, ознобом, потливостью, общей слабостью, сильными нарастающими головными болями, рвотой. Температура тела при приеме парацетамола не снижалась, поэтому мать вызвала неотложную помощь. Врач диагностировал приглушение тонов сердца, изменение частоты пульса, неустойчивость артериального давления. Была выявлена ригидность мышц шеи. Был срочно госпитализирован.

Жалобы

На выраженную диффузную головную боль, усиливающуюся в горизонтальном положении, повышение температуры, общую слабость, фото- и фонофобию.

Анамнез заболевания

Острому началу заболевания предшествовало появление насморка и легкого кашля за 3 дня. Мать обратилась к участковому педиатру. При осмотре обращали на себя внимание гиперемия и отечность задней стенки глотки с гипертрофией лимфоидных образований на ней. Гиперемия имела синюшный оттенок. Был поставлен диагноз ОРВИ, назофарингит и назначены сосудосуживающие и общеукрепляющие препараты. Два дня пребывал дома с мамой, далее мальчику стало хуже, проводимое лечение какого-либо положительного эффекта не оказало.

Анамнез жизни

- * Родился в срок, доношенный, вес при рождении - 3450г, оценка по шкале Апгар – 9 баллов
- * Прививки по возрасту
- * Страдает частыми респираторными заболеваниями до 8 раз в год
- * Учится в 1 классе
- * Аллергия на цитрусовые

Объективный статус

- * Состояние тяжелое. Вес 26кг, рост 145 см. Температура тела 39,9°C.
- * Видимые слизистые отечны, гиперемированы, увеличены лимфоидные образования глотки, кожные покровы бледные, влажные. На коже головы, лица и внутренней поверхности бедер геморрагические петехии.
- * Дыхание везикулярное. ЧДД– 25 в минуту.
- * Гемодинамические показатели нестабильные, тоны сердца приглушенные, ритм правильный, ЧСС 85 уд в мин, АД 110/70 мм рт.ст.
- * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Печень слегка увеличена в размерах. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Неврологический статус:

- * Сознание – оглушен, ориентировка в месте и времени сохранена. Фото- и фонофобия.
- * Краниальная иннервация: Запахи различает. Поля зрения не ограничены. Глазодвигательных расстройств нет. Расстройств чувствительности на лице нет. Лицо симметрично. Нарушений функции жевательных, височных мышц и их гипотрофий не выявлено. Роговичный рефлекс сохранен, Язык по средней линии.
- * Парезов нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, хотя и несколько замедленно, интенции нет. Чувствительных нарушений нет.
- * Выявляется выраженная ригидность шейных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского.

Наиболее достоверными методами лабораторной диагностики для поставки диагноза в данном клиническом случае являются

- назначение новых оральных антикоагулянтов
- назначение статинов

- стентирование сонных артерий
- каротидную эндалтерэктомию

Результаты лабораторных методов обследования

Возбудитель при этом заболевании может попадать на оболочки мозга

+ _____ + путем

- лимфогенным
- гематогенным
- алиментарным
- контактными

Для проведения дифференциальной диагностики важной характеристикой сыпи в данной клинической ситуации является то, что она

- склона к слиянию
- уртикарная
- имеет мелкоточечный, розеолезный характер
- не исчезает при надавливании

На основании физикальных и лабораторных данных данному пациенту можно выставить диагноз

- склона к слиянию
- уртикарная
- имеет мелкоточечный, розеолезный характер
- не исчезает при надавливании

Госпитализация данного пациента должна осуществляться в отделение

- педиатрическое
- реанимации и интенсивной терапии
- детских инфекций
- неврологическое

Введение этиотропной терапии данному пациенту необходимо в дозировке

- средней для данного возраста
- минимальной, постепенно увеличивая дозировку
- на усмотрение лечащего врача
- максимальной для возраста

В качестве патогенетической терапии данному пациенту рекомендовано введение

- кортикостероидов
- ингибиторов фактора некроза опухоли

- витаминов группы В
- внутривенных иммуноглобулинов

Наличие в анамнезе пациента начала заболевания с назофарингита позволяет назначить ему в острый период заболевания физиотерапевтическое лечение в виде

- сеансов электролечения с использованием УВЧ
- фонофореза
- ингаляций с лекарственными препаратами
- коротковолнового ультрафиолетового облучения зева и носа

Основными принципами реабилитации пациентов с данным диагнозом являются: ранее начало, преимущество, комплексный характер, адекватность и

- самостоятельность выбора методов реабилитации родителями больного ребенка
- психологическая поддержка реконвалесцента
- постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий
- однонаправленность воздействия методов реабилитации

Диспансерное наблюдение после выписки из стационара осуществляется через 1 месяц, далее 1 раз в + ___ + месяца/месяцев в течение первого года

- 6
- 3
- 4
- 2

Медицинская помощь детям с менингококковой инфекцией может осуществляться в амбулаторных условиях

- только при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита
- при легкой форме менингококкового назофарингита и менингококконосителстве
- при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита, менингококконосителстве
- при менингококкемии, менингококконосителстве и менингококковом назофарингите легкой степени тяжести

В структуре заболеваемости основной формой менингококковой инфекции является

- только при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита
- при легкой форме менингококкового назофарингита и менингококконосителстве
- при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита, менингококконосителстве
- при менингококкемии, менингококконосителстве и менингококковом назофарингите легкой степени тяжести

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 47 лет пришла на прием к врачу-неврологу.

Жалобы

- * онемение и парестезии первого, второго и третьего пальцев правой кисти
- * жгучие и ноющие боли в области правой кисти
- * периодически возникающая слабость при сгибании пальцев правой кисти

Анамнез заболевания

На протяжении последних 6-8 месяцев нарастающие парестезии первого, второго и третьего пальцев правой кисти, боли в области правой кисти (преимущественно по ладонной поверхности), усиливающиеся после нагрузки (игры на пианино, работы на компьютере).

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: Хронический панкреатит вне обострения. Остеохондроз шейного отдела позвоночника вне обострения.

Профессиональный анамнез: музыкант по образованию (пианист)

Вредные привычки: курит последние 20 лет (1/2 пачки в день), алкоголь и наркотики не употребляет.

Наследственный анамнез: мать - 70 лет, перенесла инфаркт миокарда, отец - 72 года перенес 2 инсульта

Объективный статус

Объективно: гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. АД – 140/90 мм рт.ст. Пульс – 80 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Парадоксальное дыхание. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. ЧДД – 18 в минуту. Неврологический статус: ориентация в месте, времени, собственной личности сохранена, контактна, фон настроения не снижен, критика к своему состоянию сохранена. Общемозговые симптомы отсутствуют. Менингеальных симптомов нет. Сухожильные рефлексы на руках и ногах живые - D=S. Отмечается парез сгибателей I–III пальцев правой кисти до 4 баллов, тест Тинеля и тест Фалена положительные, мышечной гипотрофии нет. Мышечная сила в ногах и руках сохранена. Координаторных, тазовых нарушений нет.

Наиболее информативным методом исследования для подтверждения диагноза является

- только при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита
- при легкой форме менингококкового назофарингита и менингококконосительстве
- при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита, менингококконосительстве
- при менингококкемии, менингококконосительстве и менингококковом назофарингите легкой степени тяжести

Результаты

Инструментальным методом исследования для уточнения диагноза у данного пациента является _____

- только при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита
- при легкой форме менингококкового назофарингита и менингококконосительстве
- при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита, менингококконосительстве
- при менингококкемии, менингококконосительстве и менингококковом назофарингите легкой степени тяжести

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым диагнозом у данной больной на основании результатов клинических и инструментальных методов обследования является

- только при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита
- при легкой форме менингококкового назофарингита и менингококконосительстве
- при легкой и среднетяжелой форме менингококкового назофарингита, менингококконосительстве
- при менингококкемии, менингококконосительстве и менингококковом назофарингите легкой степени тяжести

Диагноз

Инструментальным методом дифференциальной диагностики карпального тоннельного синдрома с поражением срединного нерва на более высоком уровне (пронаторный тоннельный синдром) является

- КТ ангиография сосудов верхней конечности
- игольчатая ЭМГ
- электроэнцефалография
- МРТ плечевого сплетения

Наиболее вероятной причиной развития синдрома запястного канала у данного пациента является

- наследственный фактор
- остеохондроз шейного отдела позвоночника
- длительная физическая нагрузка в области основания ладони
- длительный стаж курения

В рамках консервативной терапии пациентке показаны инъекционные блокады с

- бупивакаином
- лидокаином

- новокаином
- преднизолоном

В качестве препаратов первой линии для терапии нейропатической боли у данной пациентки рекомендованы

- транквилизаторы
- опиоидные анальгетики
- препараты магния
- антидепрессанты

К препаратам первой линии для терапии нейропатической боли из группы антиконвульсантов относится

- ламотриджин
- карбамазепин
- габапентин
- клоназепам

Для терапии нейропатической боли у данной пациентки показан габапентин в суточной дозе + _____ + мг в 3 приема

- 600 – 800
- 120-360
- 3600-4200
- 1200 - 3600

В качестве дополнительной терапии данной пациентки показано применение + _____ + препаратов

- ноотропных
- нестероидных противовоспалительных
- антиоксидантных
- антигистаминных

В качестве препаратов второй линии для терапии нейропатической боли из группы антиконвульсантов применяется

- дулоксетин
- габапентин
- карбамазепин
- прегабалин

При правильной диагностике и своевременном назначении адекватных методов лечения у пациентов с мононевропатиями компенсация двигательных расстройств происходит более чем в + ____ + %

- дулоксетин
- габапентин
- карбамазепин
- прегабалин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 25 лет, привезен машиной скорой помощи после ДТП

Жалобы

Жалобы на интенсивную головную боль, слабость в правых конечностях

Анамнез заболевания

Автотравма, привезен в приемный покой стационара с места ДТП

Анамнез жизни

Алкоголь не употребляет. Курит 1 пачку сигарет в день. Не работает. Живет в отдельной квартире. Аллергический анамнез спокойный. Соматических заболеваний нет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 75 кг, рост 187 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки.

Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. $PO_2 \sim 98\%$. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 155/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Неврологический статус: спутанность сознания. В правых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 4,0 баллов Ригидности затылочных мышц нет, симптом Кернига положительный под углом 110° .

Обследование пострадавшего с ЧМТ при поступлении в стационар нужно начинать с

- дулоксетин
- габапентин
- карбамазепин
- прегабалин

Результаты

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- дулоксетин
- габапентин
- карбамазепин
- прегабалин

Результаты инструментального метода обследования

Относительным противопоказанием к экстренному проведению КТ является

- нестабильная гемодинамика
- психомоторное возбуждение
- травма брюшной полости
- травма грудной клетки

Дополнительным методом обследования, позволяющим исключить интракраниальные гнойно-воспалительные осложнения является

- нестабильная гемодинамика
- психомоторное возбуждение
- травма брюшной полости
- травма грудной клетки

Результаты

Люмбальную пункцию необходимо выполнить пациенту

- вместо метода нейровизуализации
- до метода нейровизуализации
- после метода нейровизуализации
- сразу после осмотра пациента

Люмбальную пункцию выполняют пациенту при подозрении на

- травму позвоночника
- травму спинного мозга
- субарахноидальное кровоизлияние
- перелом костей черепа

На основании клинико-инструментального обследования пациенту можно поставить диагноз

- травму позвоночника
- травму спинного мозга
- субарахноидальное кровоизлияние
- перелом костей черепа

Диагноз

КТ паттерном ушиба головного мозга средней степени тяжести является наличие

- воздуха в желудочковой системе
- дислокации срединных структур
- в паренхиме мозга гетерогенных зон
- узких желудочков

Нарушение сознания и его степень оценивают по шкале

- Бартеля
- Коэдема
- Питсбургской
- Глазго

При ухудшении клинического состояния пациента необходимо повторно выполнить

- компьютерную томографию
- электронейромиографию
- люмбальную пункцию
- рентгенографию черепа

Первичная помощь пострадавшему заключается в

- охранительном режиме
- обработке кожных покровов
- транспортировке в стационар
- восстановлении жизненно важных функций

Для лечения отека мозга при ЧМТ назначают

- охранительном режиме
- обработке кожных покровов
- транспортировке в стационар
- восстановлении жизненно важных функций

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 14 лет обратилась за консультативной помощью к врачу-неврологу

Жалобы

- на боли в ногах, слабость мышц ног, затруднения при ходьбе
- ощущение онемения кистей и стоп

- расстройство стула в виде запора
- периодически возникающие приступы сердцебиения

Анамнез заболевания

Заболела остро 2 недели назад, когда появились боли и слабость в ногах, ощущение онемения стоп. В течение последующих 10 дней симптомы нарастали, из-за слабости в ногах появились затруднения при подъеме и спуске по лестнице, присоединилось ощущение онемения кистей, приступы сердцебиения, запоры. Месяц назад пациентка вернулась из Китая, где переболела кампилобактериозом.

Анамнез жизни

- * Родилась в срок, росла и развивалась нормально
- * Привита по возрасту
- * Хронических заболеваний не имеет
- * Вредных привычек не имеет
- * Аллергоанамнез неотягощен

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6⁰С.
- * Видимые слизистые физиологической окраски, кожные покровы чистые.
- * Дыхание везикулярное. ЧД Д– 17 в минуту.
- * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 95 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст.
- * Живот умеренно вздут, не напряжен, при пальпации умеренно болезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул нерегулярный, склонность к запорам.

Неврологический статус.

Сознание ясное; черепные нервы – без патологии. Симметричный, вялый тетрапарез: до 3 баллов в ногах и 4 баллов в руках. Сухожильная арефлексия, Патологических рефлексов нет. Снижение всех видов чувствительности в виде «носков» и «перчаток». Походка паретическая. Динамические координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

В качестве лабораторного обследования для постановки диагноза у данной пациентки необходимо проведение

- охранительном режиме
- обработке кожных покровов
- транспортировке в стационар
- восстановлении жизненно важных функций

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее информативным нейрофизиологическим методом обследования данной пациентки является

- охранительном режиме
- обработке кожных покровов
- транспортировке в стационар
- восстановлении жизненно важных функций

Результаты нейрофизиологического метода обследования

При сборе анамнеза у данной пациентки необходимо выяснить степень тяжести перенесенного ею кампилобактериоза. Критериями тяжести при кампилобактериозе являются

- степень поражения ЖКТ и выраженность общеинфекционных симптомов
- титр Ig G и M к бактерии кампилобактер в крови и уровень интоксикации.
- степень увеличения размеров печени и селезенки
- интенсивность болей в животе и степень увеличения размеров печени

Наиболее вероятным диагнозом с учетом данных анамнеза, клинического неврологического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований у данной пациентки является

- степень поражения ЖКТ и выраженность общеинфекционных симптомов
- титр Ig G и M к бактерии кампилобактер в крови и уровень интоксикации.
- степень увеличения размеров печени и селезенки
- интенсивность болей в животе и степень увеличения размеров печени

Диагноз

В качестве патогенетической терапии первой линии в данном клиническом случае рекомендовано применение

- препаратов вальпроевой кислоты
- селективных нестероидных противовоспалительных средств
- глюкокортикостероидов
- человеческого иммуноглобулина G

Дополнительным методом патогенетической терапии в данном клиническом случае является

- ботулинотерапия
- плазмаферез
- кортикостероиды
- миорелаксанты центрального действия

В качестве симптоматической терапии пациентке рекомендовано назначение

- витаминотерапии
- иглорефлексотерапии

- обезболивающих
- ботулинотерапии

Лечение данной пациентки необходимо проводить в условиях

- педиатрического стационара
- «дневного» стационара
- инфекционного стационара
- санатория - профилактория

К осложнениям синдрома Гийена-Барре относится

- паралич дыхательной мускулатуры
- кататонический ступор
- анафилактический шок
- холинергический криз

Для синдрома Гийена-Барре характерно течение

- рецидивирующее
- монофазное
- неуклонно прогрессирующее
- стационарное

Наиболее часто встречающейся клинической формой синдрома Гийена-Барре является

- острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия
- острая панавтономная невропатия
- острая моторно-сенсорная аксональная невропатия
- стволовый энцефалит Биккерстафа

При синдроме Гийена-Барре длительность периода нарастания неврологической симптоматики составляет

- острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия
- острая панавтономная невропатия
- острая моторно-сенсорная аксональная невропатия
- стволовый энцефалит Биккерстафа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 20 лет поступила в приемное отделение многопрофильной больницы

Жалобы

- * Нарастающая слабость в ногах
- * Затруднения при ходьбе

Анамнез заболевания

- * Слабость в нижних конечностях появилась 4 дня назад
- * Две недели назад переболела гриппом

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * Профессиональных вредностей не имела
- * Аллергические реакции отрицает
- * Наследственный анамнез: Мать здорова, отец здоров

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 50кг, рост 158 см. Температура тела 36,9⁰С.
- * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферических отеков нет.
- * Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин.
- * Тоны сердца ритмичные, ЧСС 65 в 1 мин, АД 115/60 мм рт. ст.
- * Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.
- * Нижний парапарез 3 балла D=S
- * Снижение глубокой чувствительности (мышечно-суставное чувство и вибрационная чувствительность) нижних конечностей

Основными критериями для постановки диагноза у данного пациента являются

- острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия
- острая панавтономная невропатия
- острая моторно-сенсорная аксональная невропатия
- стволовой энцефалит Биккерстафа

Результаты

Для уточнения диагноза у данного пациента наиболее информативным методом инструментального исследования является

- острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия
- острая панавтономная невропатия
- острая моторно-сенсорная аксональная невропатия
- стволовой энцефалит Биккерстафа

Результаты инструментального исследования

Предполагаемым диагнозом у данного пациента является

- острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия
- острая панавтономная невропатия
- острая моторно-сенсорная аксональная невропатия
- стволовой энцефалит Биккерстафа

Диагноз

К патогенетическим методам лечения данного пациента относится

- программный плазмаферез
- антибактериальная терапия
- противовирусная терапия
- внутривенное введение бета-интерферона

В терапии синдрома Гийена-Барре недопустимо использование

- антигистаминных препаратов
- препаратов магния
- глюкокортикостероидных препаратов
- кристаллоидных растворов

Противопоказанием для внутривенной иммунотерапии по лабораторным данным является низкий уровень иммуноглобулина

- D
- M
- A
- E

Для внутривенной иммунотерапии используются исключительно препараты внутривенного человеческого иммуноглобулина, содержащие не менее + _____ + % иммуноглобулинов класса G

- 70
- 95
- 90
- 85

Курс внутривенной иммунотерапии состоит из введения препарата иммуноглобулина класса G в дозе + _____ + г/кг веса пациента на курс лечения

- 0,7
- 0,9
- 2,0
- 0,2

Противопоказанием к программному плазмаферезу является

- полипы толстой кишки
- тромбоцитопения
- сахарный диабет (2 тип)
- хронический цистит

Стойкий неврологический дефицит наблюдается обычно у + _____ + % больных с синдромом Гийена-Барре

- 5-10
- 1-5
- 30-50
- 40-60

Неблагоприятным прогностическим фактором у пациента с синдромом Гийена-Барре является

- быстрое нарастание неврологической симптоматики
- возраст младше 50 лет
- отсутствие сухожильных рефлексов
- женский пол

Признаком, вызывающим сомнения в диагнозе синдрома Гийена -Барре, является (-ются)

- быстрое нарастание неврологической симптоматики
- возраст младше 50 лет
- отсутствие сухожильных рефлексов
- женский пол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 45 лет, доставлен в приемный покой машиной скорой помощи

Жалобы

головная боль, тошнота, рвота, потеря сознания

Анамнез заболевания

Известно, что вечером, возвращался домой с работы, поскользнулся, упал и ударился головой. Отмечалась кратковременная потеря сознания. После того, как пришёл в сознание, беспокоила головная боль, тошнота, рвота. Очевидцы происшествия вызвали скорую помощь.

Анамнез жизни

Образование высшее. +

Работает экономистом. +

Женат, имеет двоих детей. +
Аллергоanamнез неотягощён. +
Хронических заболеваний не отмечает. +
Не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 75 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. P_{O_2} 98%. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 155/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Неврологический статус: В сознании. Очаговой симптоматики не определяется. Мышечная сила не снижена. ЧМН – без патологии. Менингеальный синдром в виде ригидности затылочных мышц и симптома Кернига под углом 110° .

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- быстрое нарастание неврологической симптоматики
- возраст младше 50 лет
- отсутствие сухожильных рефлексов
- женский пол

Результаты

Для получения информации о костных травматических изменениях черепа необходимо проводить

- быстрое нарастание неврологической симптоматики
- возраст младше 50 лет
- отсутствие сухожильных рефлексов
- женский пол

Результаты

Дополнительным методом обследования, позволяющим исключить субарахноидальное кровоизлияние является

- быстрое нарастание неврологической симптоматики
- возраст младше 50 лет

- отсутствие сухожильных рефлексов
- женский пол

Результаты

Люмбальную пункцию необходимо выполнить пациенту после

- электрокардиографии
- рентгенографии черепа
- рентгенографии лёгких
- нейровизуализации

На основании анамнеза, клинического осмотра, данных КТ диагнозом пациента является

- электрокардиографии
- рентгенографии черепа
- рентгенографии лёгких
- нейровизуализации

Диагноз

Степень нарушения сознания оценивается по шкале

- Питсбургской
- Коэдема
- Глазго
- Бартеля

При нарастании клинической симптоматики необходимо повторно выполнить

- люмбальную пункцию
- КТ головного мозга
- рентгенографию черепа
- биохимический анализ крови

При отсутствии положительной динамики необходимо назначить повторное КТ исследование через + _____ + часа/часов

- 24-48
- 12-24
- 48-72
- 72-120

Методом оказания первой помощи пострадавшему с подозрением на ЧМТ является придание пациенту + _____ + положения + _____ + головой

- полусидячего; с опущенной вниз
- горизонтального; с опущенной вниз
- горизонтального; с приподнятой
- полусидячего; с приподнятой

ИВЛ необходимо проводить при

- угнетении сознания до сопора и комы
- любой черепно-мозговой травме
- возбуждении пациента
- продолжающемся кровотечении

При развитии судорожного синдрома необходимо назначение

- кислорода
- миорелаксантов
- нейролептиков
- антиконвульсантов

Мониторинг внутричерепного давления показан пациентам с

- кислорода
- миорелаксантов
- нейролептиков
- антиконвульсантов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

На

- * асимметрию лица;
- * невозможность зажмурить левый глаз, приподнять левую бровь;
- * сухость левого глаза;
- * снижение вкуса на передних отделах языка;
- * повышенное восприятие звуков.

Анамнез заболевания

Две недели назад после переохлаждения появились боль в левой заушной области. Данные жалобы регрессировали в течение нескольких дней, после чего появилась сухость левого глаза, нарушения движения мимических мышц слева, снижение вкуса, повышенное восприятие звуков.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: Хронический панкреатит вне обострения. Желчекаменная болезнь вне обострения.

Профессиональный анамнез: учитель по образованию, профессиональные вредности отрицает.

Вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики) отрицает.

Наследственный анамнез: инсульт у матери, отец умер от инфаркта миокарда.

Объективный статус

Объективно: гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. АД – 130/80 мм рт.ст. Пульс – 73 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Парадоксальное дыхание. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. ЧДД – 18 в минуту.

Неврологический статус: ориентация в месте, времени, собственной личности сохранена, контактна, фон настроения не снижен, критика к своему состоянию сохранена.

Общемозговые симптомы отсутствуют. Менингеальных симптомов нет. Слабость мимической мускулатуры слева. Не закрывается левый глаз, отсутствуют лобные складки при попытке наморщить лоб, опущен левый угол рта. Отмечается снижение вкусовой чувствительности передних двух третей языка слева. Другие ЧМН без особенностей.

Мышечная сила в ногах и руках сохранена, тонус не изменен. Сухожильные рефлексы на руках и ногах живые D=S., патологических рефлексов нет. Чувствительных, координаторных, тазовых нарушений не определяется.

Наиболее информативным дополнительным методом исследования является

- кислорода
- миорелаксантов
- нейролептиков
- антиконвульсантов

Результаты дополнительного метода исследования

Рекомендованным дополнительным инструментальным методом исследования является

- кислорода
- миорелаксантов
- нейролептиков
- антиконвульсантов

Результаты дополнительного инструментального метода исследования

Предполагаемым диагнозом у данной больной на основании результатов клинических и инструментальных методов обследования является

- кислорода

- миорелаксантов
- нейролептиков
- антиконвульсантов

Диагноз

При наличии у пациентки клаустрофобии наиболее информативным инструментальным методом исследования для исключения патологических изменений мосто-мозжечкового угла является

- селективная ангиография сосудов головного мозга
- рентгенография височной кости в косой проекции (по Шюллеру)
- рентгенография орбит (по Резе)
- компьютерная томография головы

Методом инструментального исследования для дифференциального диагноза мононевропатии лицевого нерва от полиневропатий является

- электроэнцефалография
- компьютерная томография
- электромиография
- магнитно-резонансная томография

В рамках консервативной терапии показаны

- препараты магния
- нейролептики
- транквилизаторы
- глюкокортикоиды

Средняя терапевтическая доза глюкокортикоидных препаратов у данной пациентки составляет + ___ + мг на 1 кг массы тела

- 0,1
- 10
- 5
- 0,5

Эффективность терапии при лечении глюкокортикоидными препаратами необходимо оценить через + ___ + приема/приемов препарата

- 6-8
- 2-4
- 14-16
- 10-12

В составе комплексной терапии начиная с 5 дня возможно применение препарата

- ипидакрина
- азатиоприна
- магния сульфата
- ардуана

При появлении нейропатической боли, препаратами первой линии для лечения болевого синдрома являются

- транквилизаторы
- нейролептики
- опиоидные анальгетики
- антидепрессанты

Поражение лицевого нерва у данной пациентки произошло в области

- Варолиева моста
- фаллопиева канала
- мосто-мозжечкового угла
- передней центральной извилины

Несмотря на низкий уровень доказательности, в качестве антиоксидантной терапии в лечении мононевропатий возможно применение препаратов + _____ + кислоты

- Варолиева моста
- фаллопиева канала
- мосто-мозжечкового угла
- передней центральной извилины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет, госпитализирована бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы активно не предъявляет из-за нарушений речи.

Анамнез заболевания

Заболела остро, около 1,5 часов назад. Дома, во время ужина резко нарушилась речь и пациентка сползла со стула. Дочерью была вызвана бригада СМП. АД 180/90 мм.рт.ст.

Анамнез жизни

Анамнез собран со слов дочери. Выкуривает около пачки сигарет в день, алкоголь употребляет эпизодически. Страдает атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Год назад проведено стентирование общей бедренной артерии справа, после чего регулярно принимала ацетилсалициловую кислоту с клопидогрелем в течение 3 месяцев, а в

последнее время - только ацетилсалициловую кислоту. Статины принимала эпизодически при повышении уровня холестерина. Артериальная гипертензия с максимальными цифрами 200/110 мм.рт.ст. Адаптирована к АД 140/80 мм.рт.ст. Регулярно принимает эналаприл.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, на коже правой руки и ноги множественные ссадины. Гиперстеническое телосложение, нормального питания. Рост 178, вес – 86 кг. Температура тела 36,2⁰ С, АД 180/90 ммрт.ст., пульс 78 уд в мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: уровень сознания – ясное. Речевой продукции нет.

Обращенную речь не понимает. Команды не выполняет. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакция, реакции на аккомодацию, конвергенцию сохранены. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Чувствительность на лице сохранена. Опущен правый угол рта. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлекс сохранены. В полости рта язык отклонён вправо. Симптомы орального автоматизма: хоботковый, Маринеску-Радовичи с двух сторон. Мышечная сила справа снижена: в руке- проксимально 1 балл, в кисти- плегия, в ноге- 3 балла. Мышечный тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу. Сухожильные рефлексy D>S, симптом Бабинского справа. Судить о нарушениях чувствительности и координаторных расстройствах не представляется возможным из-за отсутствия речевого контакта с пациенткой. Шкала NIH – 13 баллов.

Нарушения речи у пациентки связаны с развитием + _____ + афазии

- амнестической
- тотальной
- сенсорной
- моторной

Тотальная афазия развивается при поражении

- нижней лобной и верхней височной извилин доминантного полушария
- задних отделов средней лобной извилины доминантного полушария
- наружной поверхности затылочной доли
- верхней теменной доли недоминантного полушария

В первую очередь пациентке показано назначение

- нижней лобной и верхней височной извилин доминантного полушария
- задних отделов средней лобной извилины доминантного полушария
- наружной поверхности затылочной доли
- верхней теменной доли недоминантного полушария

Результаты инструментальных методов обследования

Пациентке можно поставить диагноз

- нижней лобной и верхней височной извилин доминантного полушария
- задних отделов средней лобной извилины доминантного полушария
- наружной поверхности затылочной доли
- верхней теменной доли недоминантного полушария

Диагноз

Учитывая результаты КТ головы и сроки заболевания, пациентке показано немедленное назначение

- антикоагулянтов
- дегидратационной терапии
- болюсной дозы альтеплазы
- антитромбоцитарных препаратов

КТ ангиография данной пациентке должна быть выполнена

- до внутривенного болюса альтеплазы
- через 3 часа после тромболитической терапии
- после внутривенного болюса альтеплазы
- одновременно с внутривенным введением альтеплазы

При КТ–ангиографии на экстракраниальном уровне выявлено: стеноз левой ВСА - 75%, левой НСА – 50%, правой ВСА – 55%. Интракраниально выявляется окклюзия М1 сегмента левой СМА. Пациентке показано проведение

- стентирования левой ВСА
- внутриартериального тромболиза
- внутрисосудистой тромбэмболектомии и стентирования левой ВСА
- каротидной эндартерэктомии левой ВСА

Учитывая полученные данные, у больной + _____ + патогенетический вариант ишемического инсульта

- гемодинамический
- атеротромботический
- лакунарный
- кардиоэмболический

После проведения тромболитической терапии с целью профилактики повторного инсульта больной показано назначение

- антиагрегантов

- антикоагулянтов
- нейротекторов
- антигипоксантов

Профилактика повторного инсульта должна осуществляться назначением

- ацетилсалициловой кислоты и дипиридамола
- ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля
- клопидогреля и варфарина
- ацетилсалициловой кислоты и варфарина

Комбинированная терапия ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелем должна проводиться у больной

- пожизненно
- в течение минимум 2 недель
- в течение 9 месяцев
- в течение минимум 1 месяца

Учитывая развитие сосудистого события на фоне приёма аспирина после окончания комбинированной терапии через 3 месяца после инсульта пациентке в качестве вторичной профилактики рекомендуется назначить

- пожизненно
- в течение минимум 2 недель
- в течение 9 месяцев
- в течение минимум 1 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет госпитализирован бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы на слабость в правых руке и ноге, головную боль.

Анамнез заболевания

Заболел около часа назад, когда внезапно ослабли правые конечности; больной упал, была однократная рвота. Супругой вызвана бригада СМП.

Анамнез жизни

На пенсии. За артериальным давлением не следил, считал себя здоровым человеком.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, отмечается гиперемия лица. Ссадины на левых руке и ноге. Гиперстеническое телосложение, повышенного питания. Рост 178, вес – 92 кг. Температура тела 36,2°C, АД

200/120 мм рт.ст., пульс 68 уд в мин, тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

***Неврологический статус*:** уровень сознания - ясное. Больной сонлив. Продуктивному контакту доступен, на вопросы отвечает медленно, но по существу. Ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Ригидность шейных мышц. Слабо выраженный симптом Кернига с двух сторон. Симптомы Бехтерева и Мондонези слева. Правосторонняя гомонимная гемианопсия. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакция, реакции на аккомодацию, конвергенцию сохранены. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Гемигипестезия на лице справа. Правосторонний центральный прозопарез. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык при высовывании отклоняется вправо. Симптомов орального автоматизма нет. В правых конечностях нет движений, мышечный тонус в повышен в сгибателях руки и разгибателях ноги. Сухожильные рефлексы D>S. Симптом Бабинского справа. Гемигипестезия справа. Координаторные пробы левыми конечностями выполняет удовлетворительно, правыми - не выполняет из-за пареза.

Очаговая неврологическая симптоматика указывает на поражение

- затылочной доли слева
- левой лобной области
- внутренней капсулы справа
- внутренней капсулы слева

В первую очередь пациенту показано проведение

- затылочной доли слева
- левой лобной области
- внутренней капсулы справа
- внутренней капсулы слева

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов нейровизуализации, пациенту можно поставить диагноз

- затылочной доли слева
- левой лобной области
- внутренней капсулы справа
- внутренней капсулы слева

Диагноз

Вероятной причиной инсульта у данного больного является

- разрыв артерио-венозной мальформации
- разрыв аневризмы

- церебральная амилоидная ангиопатия
- артериальная гипертензия

Для снижения артериального давления пациенту показано назначение

- каптопена перорально
- нитропрусида натрия внутривенно
- эсмолола внутривенно
- лабеталола перорально

Для предупреждения прогрессирования заболевания пациенту

- вводится концентрат протромбинового комплекса
- внутривенно назначается рекомбинатный фактор VIIa
- не рекомендуется гемостатическая терапия
- показано внутривенное введение витамина К

При возникновении болей в парализованных конечностях необходимо назначить

- ипидакрин
- прегабалин
- галоперидол
- цитиколин

С целью профилактики тромбоза глубоких вен нижних конечностей больному необходимо использовать

- клопидогрел по 75 мг в сутки
- ацетилсалициловую кислоту в дозе 325 мг
- перемежающуюся пневмокомпрессию
- гепарин по 5000 ЕД в/в каждые 4 часа

Для предупреждения повышения внутричерепного давления у больного рекомендуется

- постоянно вводить маннитол внутривенно
- использовать искусственную вентиляцию легких
- поднять головной конец кровати на 30°
- вводить дексаметазон по 8 мг 4 раза в день внутривенно

Если у пациента выявлено повышение уровня глюкозы до 7,8 ммоль/л, экстренная коррекция гликемии

- не проводится
- проводится простым инсулином подкожно
- проводится простым инсулином внутривенно
- проводится сиофором

Если у пациента с геморрагическим инсультом развивается серия эпилептических приступов, назначается

- вальпроат натрия перорально
- вальпроат натрия внутривенно
- диазепам внутривенно
- диазепам внутримышечно

Повышение температуры тела при внутримозговом кровоизлиянии потенцирует гибель нейронов и приводит к

- вальпроат натрия перорально
- вальпроат натрия внутривенно
- диазепам внутривенно
- диазепам внутримышечно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет госпитализирован бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы активно не предъявляет, говорит, что здоров, и пытается встать с кушетки.

Анамнез заболевания

Заболел около часа назад, когда дома внезапно упал, с трудом поднялся. Женой вызвана бригада СМП.

Анамнез жизни

Работает водителем маршрутного такси. За артериальным давлением не следил, периодически беспокоила головная боль, при которой пациент принимал парацетамол.

Объективный статус

Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, отмечается гиперемия и гипергидроз лица. Ссадины на левых руке и ноге.

Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 178, вес 78 кг. Температура тела 37,9°C, АД 220/110 мм рт.ст., пульс 68 уд/мин, тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание шумное, ритмичное. ЧДД 22-24 в мин.

Неврологический статус: уровень сознания – ясное. Продуктивному контакту доступен.

Возбужден, пытается встать с кушетки, говорит, что здоров и просит убрать с кушетки чужую руку. Команды выполняет. Ригидность шейных мышц. Симптом Кернига с двух сторон. Симптомы Бехтерева и Мондонеци справа. Глазные щели D=S. Зрачки D>S, фотореакция справа снижена. Косоглазия нет. Гемигипестезия на лице слева.

Левосторонний центральный выраженный прозопарез. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык при высовывании отклоняется влево. Симптомов орального автоматизма нет. Мышечная сила справа сохранена, слева снижена: в ноге 3 балла, в

руке проксимально – 2 балла, дистально 1 балл. Мышечный тонус повышен слева в сгибателях руки и разгибателях ноги. Сухожильные рефлексy D

Сочетание симптомов у пациента указывает на поражение

- левого полушария головного мозга
- правого полушария головного мозга
- червя и правого полушария мозжечка
- продолговатого отдела ствола головного мозга

Ощущение «лишней» конечности называется

- амелией
- анозогнозией
- аутотопогнозией
- псевдомелией

В первую очередь пациенту показано проведение

- амелией
- анозогнозией
- аутотопогнозией
- псевдомелией

Результаты инструментального метода обследования

На основании клинических данных и результатов нейровизуализации, пациенту можно поставить диагноз

- амелией
- анозогнозией
- аутотопогнозией
- псевдомелией

Диагноз

Вероятной причиной инсульта у данного больного является

- разрыв артерио-венозной мальформации
- разрыв аневризмы
- артериальная гипертония
- церебральная амилоидная ангиопатия

С целью снижения артериального давления больному показано назначение

- каптолена перорально
- энаприлата внутривенно
- нитропруссиды натрия внутривенно
- лабеталола перорально

С целью предупреждения увеличения объема инсульта

- показано внутривенное введение витамина K
- не рекомендуется гемостатическая терапия
- внутривенно назначается рекомбинантный фактор VIIa
- вводится концентрат протромбинового комплекса

С целью профилактики тромбоза глубоких вен больному необходимо использовать

- ацетилсалициловую кислоту в дозе 325 мг
- клопидогрел 75 мг в сутки
- перемежающуюся пневмокомпрессию
- гепарин по 5000 ЕД в/в каждые 4 часа

У пациента отмечается ухудшение состояния. Уровень сознания – кома 1-2. Дыхание громкое, шумное. ЧДД – 28 в мин. Температура тела 40⁰С. В конечностях - периодические экстензорные судороги, которые называются

- миоклонией
- миокимией
- дискинезией
- горметонией

Периодические экстензорные судороги у пациента связаны с

- прорывом крови в желудочковую систему
- височно-тенториальным вклинением
- развитием вторичного менингита
- вклинением под серповидный отросток

Вследствие ухудшения состояния больного, его лечение должно включать

- перевод на ИВЛ
- назначение маннитола
- транскраниальную микрополяризацию головного мозга
- назначение дексаметазона 8 мг в/в 4 раза в день

Если у больного выявлено повышение уровня глюкозы до 14 ммоль/л, то

- перевод на ИВЛ
- назначение маннитола
- транскраниальную микрополяризацию головного мозга
- назначение дексаметазона 8 мг в/в 4 раза в день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 56 лет госпитализирован бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы на нарушение речи, легкую слабость в правых руке и ноге, умеренную головную боль в левой половине головы, нечеткость зрения.

Анамнез заболевания

Около недели назад появилась интенсивная головная боль в левой половине головы, в лобно-теменной области, за глазами. Интенсивность головной боли нарастала, через 2 дня появилось ощущение нечеткости зрения и опустилось левое веко. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где была проведена рентгенография пазух носа, выставлен диагноз синусит. Назначено лечение антибиотиками. Несмотря на проводимое лечение, головная боль сохранялась. Сегодня утром, после пробуждения пациент отметил, что речь стала нечеткой и появилась легкая слабость в правых руке и ноге, в связи с сохранением симптомов пациент самостоятельно вызвал бригаду скорой помощи.

Анамнез жизни

До настоящего времени считал себя здоровым человеком. Выкуривает около 1-1,5 пачек сигарет в день. Алкоголь употребляет эпизодически. Работает механиком. Наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 178, вес – 84 кг. Температура тела 36,2°C, АД 180/90 мм рт.ст., пульс 76 уд в мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

***Неврологический статус*:** уровень сознания – ясное. В пространстве, времени и собственной личности ориентирован. Речь нарушена: страдает дифференциация звуков близких по звучанию. Оральная апраксия. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели D > S, птоз слева. Зрачки D > S, фотореакция, реакции на аккомодацию, конвергенцию сохранены. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Чувствительность на лице сохранена. Легкий центральный прозопарез справа. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлекс сохранены. Язык по средней линии. Симптомов орального автоматизма нет. Мышечная сила сохранена, проба Барре верхняя и нижняя положительные справа. Правая рука и правая нога отстают в пробе на ритмику. Сухожильные рефлексy D > S, высокие с расширением зон. Симптом Бабинского справа. Мышечный тонус не изменен. Нарушения чувствительности на туловище и конечностях нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга – устойчив.

Птоз и миоз слева следует расценить как синдром

- Джексона
- Вебера
- Горнера
- Бенедикта

Нарушения речи у больного следует расценить как проявление

- моторной эфферентной афазии
- дизартрии
- моторной афферентной афазии
- акустико-гностической афазии

В первую очередь пациенту показано проведение

- моторной эфферентной афазии
- дизартрии
- моторной афферентной афазии
- акустико-гностической афазии

Результаты обследований

На основании клинической картины и результатов дополнительных исследований у пациента устанавливается диагноз ишемического инсульта в бассейне + _____ + мозговой артерии

- моторной эфферентной афазии
- дизартрии
- моторной афферентной афазии
- акустико-гностической афазии

Диагноз

Учитывая клиническую картину заболевания и данные нейровизуализации, причина ишемического инсульта у данного больного является + _____ + левой ВСА

- диссекция
- эмболия
- атеросклероз
- извитость

Учитывая сроки заболевания, локализацию патологического очага, наличие очага на МРТ в режиме FLAIR пациенту показано проведение

- внутривенной тромболитической терапии
- внутрисосудистой тромбоэмболэктомии
- инъекций гепарина
- внутриаартеральной тромболитической терапии

В качестве вторичной профилактики повторных ишемических инсультов данному больному показано назначение

- варфарина
- цитиколина
- дабигатрана
- кавинтона

Для мониторинга эффективности варфарина используется показатель

- тромбинового времени
- активированного частичного тромбопластинового времени
- анти-Ха-активности плазмы
- международного нормализованного отношения

При терапии варфарином с целью вторичной профилактики ишемического инсульта уровень международного нормализованного отношения должен быть

- 3,0-4,0
- 2,0-3,0
- 4-5
- 1-2

Продолжительность антикоагулянтной терапии составляет

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 3 недели
- всю жизнь

Самая частая причина ишемического инсульта у пациентов молодого возраста - это

- антифосфолипидный синдром
- кардиогенная эмболия
- диссекция церебральных артерий
- наследственные тромбофилии

Причиной расслоения стенки артерий является(-ются)

- антифосфолипидный синдром
- кардиогенная эмболия
- диссекция церебральных артерий

- наследственные тромбофилии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет госпитализирован бригадой СМП.

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет из-за речевых нарушений.

Анамнез заболевания

Со слов сотрудников бригады скорой помощи, заболел остро около часа назад, после подъема тяжестей на работе, упал на правую сторону, нарушилась речь, появилась слабость в правой руке и ноге. Коллеги вызвали бригаду СМП.

Анамнез жизни

Работает механиком. Выкуривает около 1 пачки сигарет. Алкоголь употребляет эпизодически до 0,5 л в неделю. Лекарственные препараты не принимает.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, следы ушибов на правой руке и ноге. Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 172, вес 82 кг. Температура тела 36,2°C, АД 180/100 мм рт.ст., пульс 88 уд/мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: уровень сознания – ясное. Продуктивному контакту недоступен из-за речевых нарушений. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели D = S. Зрачки D = S, фотореакция, реакции на аккомодацию, конвергенцию сохранены. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Гипестезия на лице справа. Сглажена правая носогубная складка. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык при высовывании отклоняется вправо. Мышечная сила слева сохранена, справа: в руке – плегия, в ноге – 3 балла. Сухожильные рефлексы D > S, справа рефлексы высокие, рефлексогенные зоны расширены. Симптом Бабинского справа. Гипестезия на туловище и конечностях справа. Координаторные пробы не проверялись из-за двигательного дефицита. Шкала NIH – 15 баллов.

В первую очередь пациенту показано проведение

- антифосфолипидный синдром
- кардиогенная эмболия
- диссекция церебральных артерий
- наследственные тромбофилии

Результаты обследования

Учитывая сроки заболевания, пациенту показано немедленное назначение

- альтеплазы
- агренокса
- клопидогрела
- аспирина

При проведении тромболитической терапии контрольная КТ ангиография данному пациенту должна быть выполнена + _____ + после введения альтеплазы

- альтеплазы
- агренокса
- клопидогрела

- аспирин

Результаты КТ-ангиографии

При КТ-ангиографии выявлена окклюзия левой ВСА. +

При КТ-перфузии: зона гипоперфузии в левой СМА с наличием ядра инфаркта в височно-подкорковой области до 1/3 бассейна, остальные 2/3 – зона «пенумбры».

В данном клиническом случае пациенту показано

- проведение каротидной эндартерэктомии
- введение гепарина по 5 тысяч ЕД каждые 4 часа
- проведение внутрисосудистой тромбэмболэктомии
- назначение 100 мг аспирина и 75 мг клопидогрела

Пациенту следует поставить диагноз + _____ + в бассейне + _____ + средней мозговой артерии

- проведение каротидной эндартерэктомии
- введение гепарина по 5 тысяч ЕД каждые 4 часа
- проведение внутрисосудистой тромбэмболэктомии
- назначение 100 мг аспирина и 75 мг клопидогрела

Диагноз

Для установления патогенетического варианта заболевания показано

- проведение каротидной эндартерэктомии
- введение гепарина по 5 тысяч ЕД каждые 4 часа
- проведение внутрисосудистой тромбэмболэктомии
- назначение 100 мг аспирина и 75 мг клопидогрела

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у пациента + _____ + патогенетический вариант ишемического инсульта

- лакунарный
- кардиоэмболический
- гемодинамический
- атеротромботический

В качестве вторичной профилактики пациенту показано назначение

- агренокса
- клопидогрела
- аспирина
- варфарина

Для мониторинга эффективности варфарина используется показатель

- активированного частичного тромбoplastинового времени
- международного нормализованного отношения
- анти Ха-активности плазмы
- тромбинового времени

При терапии варфарином с целью вторичной профилактики ишемического инсульта уровень международного нормализованного отношения (МНО) должен быть

- 3-4
- 4-5
- 2-3
- 1-2

Для профилактики повторного инсульта больному с неклапанной фибрилляцией предсердий рекомендуется

- цитиколин
- клопидогрель
- дабигатран
- аспирин

Дабигатран пациентам в возрасте до 80 лет с нормальной функцией почек назначается в дозе +___+ мг +___+ раз(-а) в день

- цитиколин
- клопидогрель
- дабигатран
- аспирин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 53 лет машиной скорой помощи была доставлена в больницу и госпитализирована в неврологическое отделение.

Жалобы

Жалобы на снижение зрения на оба глаза.

Анамнез заболевания

Заболела остро, когда утром отметила значительное снижение зрения на оба глаза. В течение дня симптоматика сохранялась, в связи с чем, решила вызвать бригаду скорой медицинской помощи. Пациентка сообщила, что 6 месяцев назад у неё возникли сильные боли в спине, развилась слабость в обеих ногах, нарушилась чувствительность с уровня пупка и была задержка мочеиспускания. Была госпитализирована. На МРТ грудного отдела спинного мозга в то время выявлялся гиперинтенсивный в T2 очаг, который накапливал контраст в режиме T1. Состояние было расценено, как нарушение спинального кровообращения. На фоне сосудисто-метаболической терапии симптоматика практически полностью регрессировала.

Анамнез жизни

Не курит, не злоупотребляет алкоголем. В настоящее время на пенсии. 7 лет назад струмэктомия. 14 лет – назад гистерэктомия по поводу миомы матки. 3 месяца назад – тромбофлебит левой большой подкожной вены.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Нормостеническое телосложение, повышенного питания. Рост 152, вес – 80 кг. Температура тела 36,8°C, АД 120/60 мм рт.ст., пульс 78 уд в мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: сознание ясное. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Критика к своему состоянию сохранена. Менингеальных знаков нет. Зрение значительно снижено на оба глаза – счёт пальцев у лица. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, зрачковые реакции на свет снижены. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык по

средней линии. Симптом Маринеску-Радовичи с 2-х сторон. Мышечная сила в руках и ногах - 5 баллов. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы на ногах высокие D=S, зоны расширены. Симптом Россолимо с 2-х сторон. Брюшные рефлексы отсутствуют. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Походка не изменена. Функцию тазовых органов контролирует.

Учитывая анамнез пациентки и остро развившееся снижение зрения, ей показано проведение

+ _____ + головного мозга

- цитиколин
- клопидогрель
- дабигатран
- аспирин

Результаты обследования

Пациентке показана консультация

- цитиколин
- клопидогрель
- дабигатран
- аспирин

Результаты обследования

Учитывая выявленную атрофию зрительных нервов, данные МРТ головного мозга и анамнестические данные, пациентке показано проведение

- цитиколин
- клопидогрель
- дабигатран
- аспирин

Результат обследования

Наиболее вероятным клиническим диагнозом является

- цитиколин
- клопидогрель
- дабигатран
- аспирин

Диагноз

Для подтверждения диагноза показано определение

- цитиколин
- клопидогрель
- дабигатран
- аспирин

Результат обследования

В настоящее время пациентке показано назначение

- циклофосфида для постоянного приёма

- ритуксимаба с периодичностью 1 раз в шесть месяцев
- метотрексата для постоянного приёма
- глюкокортикостероидной внутривенной пульс-терапии

Пульс-терапия метилпреднизолоном подразумевает

- пероральный приём метилпреднизолона по 200 мг 7 дней
- пероральный приём метилпреднизолона 80 мг через день
- пероральный приём метилпреднизолона в дозе 1 мг/кг в течение 2 недель
- внутривенное введение метилпреднизолона 1000 мг в течение 5-7 дней

На 5-е сутки лечения метилпреднизолоном улучшения в состоянии больной не отмечено. В таком случае пациентке показано назначение

- плазмафереза
- циклофосамида
- ритуксимаба
- азатиоприна

После окончания пульс-терапии метилпреднизолоном и плазмафереза пациентке показано назначение

- курса сосудисто-метаболической терапии
- преднизолона внутрь по 50 мг/сут для постоянного применения
- преднизолона внутрь 1 мг/кг в сутки с последующим снижением дозы
- курса гипербарической оксигенации

С целью профилактики обострений оптикомиелита пациентке необходимо назначить

- азатиоприн
- интерферон бета
- натализумаб
- финголимод

У пациентки + _____ + тип течения оптикомиелита

- рецидивирующий
- монофазный
- вторично-прогрессирующий
- первично-прогрессирующий

В цереброспинальной жидкости при оптикомиелите выявляется

- рецидивирующий
- монофазный
- вторично-прогрессирующий
- первично-прогрессирующий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет была направлена офтальмологом на консультацию к неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

Жалобы на снижение остроты зрения в правом глазу, боль при движении глазного яблока, ощущение онемения на лице справа, выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, неделю назад появилось ощущение нечеткости зрения справа, которое постепенно стало нарастать, а вчера утром во время умывания заметила ощущение онемения на лице справа. В связи с нарушением зрения обратилась к офтальмологу в поликлинику по месту жительства.

При обследовании у офтальмолога: острота зрения правого глаза – 0,1 (не корректируется), левого глаза – 1,0.

При исследовании полей зрения справа обнаружена центральная скотома. При исследовании глазного дна обнаружена деколорация височной половины правого диска зрительного нерва. Офтальмологом направлена на консультацию к неврологу.

Анамнез жизни

Пациентка считала себя относительно здоровым человеком. За медицинской помощью ранее не обращалась. Со слов пациентки 2 года назад появилось ощущение нечеткости зрения в правом глазу после макияжа ресниц, что связала с попаданием туши. Снижение зрения сохранялось около недели, потом регрессировало самостоятельно.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 172, вес 58 кг. Температура тела 36,2°C, АД 110/70 мм рт.ст., пульс 64 уд в мин, тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: сознание ясное. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Критика к своему состоянию сохранена. Менингеальных знаков нет. Поля зрения (консультация офтальмолога): центральная скотома справа. Глазные щели D = S. Зрачки D = S, фотореакция снижена справа, реакции на аккомодацию, конвергенцию сохранены. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Нистагм мелкоамашистый горизонтальный с ротаторным компонентом, усиливающийся при взгляде вправо. Гипестезия на лице справа в зоне средней скобки Зельдера. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык по средней линии. Симптомов орального автоматизма нет. Мышечная сила сохранена. Мышечный тонус в конечностях не изменен. Сухожильные рефлексы S > D, высокие, зоны расширены. Симптом Россолимо слева. Брюшные рефлексы сохранены. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях не выявлено. Пальце-носовую пробу выполняет с легким интенционным тремором с двух сторон. Пяточно-коленную пробу выполняет удовлетворительно. Походка не изменена. Функцию тазовых органов контролирует.

Нарушения зрения, выявленные у пациентки, характерны для

- переднего увеита
- тромбоза артерии сетчатки
- тромбоза вены сетчатки
- ретробульбарного неврита

Выявленные нарушения чувствительности на лице обусловлены поражением + _____ + нерва

- корешка тройничного
- «гусиной лапки» лицевого
- второй ветви тройничного
- ядра тройничного

Сочетание нарушения чувствительности на лице по сегментарному типу справа с оживлением рефлексов слева обусловлено поражением

- базальных ядер

- зрительного бугра
- ствола мозга
- внутренней капсулы

С целью подтверждения диагноза больной показано проведение

- базальных ядер
- зрительного бугра
- ствола мозга
- внутренней капсулы

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов нейровизуализации, пациентке можно поставить диагноз

- базальных ядер
- зрительного бугра
- ствола мозга
- внутренней капсулы

Диагноз

Учитывая данные неврологического статуса и нейровизуализации, в настоящее время пациентке показано лечение

- ноотропами
- кортикостероидами
- витаминами
- интерфероном бета

В данном случае приоритетна схема лечения кортикостероидами, включающая

- преднизолон перорально 200 мг 7 дней с последующим быстрым снижением дозы
- дексаметазон внутримышечно 8 мг 4 дня, с последующим снижением дозы
- преднизолон перорально 1 мг/кг 2 недели с последующим снижением дозы
- метилпреднизолон внутривенно 1000 мг 5 дней

Для профилактики ulcerогенного действия кортикостероидов больной необходимо назначить

- витамины группы В
- ингибиторы протоновой помпы
- противоотечные препараты
- антигистаминные препараты

На фоне лечения кортикостероидами у пациентки отмечалось улучшение состояния: нормализовалась острота зрения, регрессировали нарушения чувствительности на лице. В качестве иммуномодулирующей терапии больной показано назначение

- пересадки гомологичных стволовых клеток костного мозга
- ПИТРС 1-й линии
- ПИТРС 2-й линии
- гипербарической оксигенации

Глатирамера ацетат назначается по + ___ + мг + _____ +

- 40; подкожно ежедневно

- 20; внутримышечно ежедневно
- 40; внутримышечно 3 раза в неделю
- 20; подкожно ежедневно

С целью уменьшения + _____ + пациентам с РС можно назначить амантадин

- атаксии
- утомляемости
- пареза
- спастичности

Учитывая анамнез и клиническую картину заболевания, у больной + _____ + тип течения рассеянного склероза

- атаксии
- утомляемости
- пареза
- спастичности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет, в связи с затруднениями при ходьбе обратилась к неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На пошатывание при ходьбе, слабость в правой ноге и неловкость в руках.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, неделю назад отметила небольшое пошатывание при ходьбе, которое связала с общим переутомлением, но оно стало нарастать, появилась неловкость в руках. Сегодня утром отметила слабость в правой ноге.

Анамнез жизни

Пациентка считала себя относительно здоровым человеком. За медицинской помощью ранее не обращалась. С её слов, 2 года назад был эпизод снижения зрения, на фоне интенсивной нагрузки в университете, который регрессировал самостоятельно в течение 2 недель. При расспросе выяснено, что при резком наклоне головы вперёд она ощущает чувство прохождения электрического тока по позвоночнику, иррадиирующее в ноги.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 168, масса тела 54 кг. Температура тела 36,2°C, АД 115/70 мм рт.ст., пульс 70 уд/мин, тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: Сознание ясное. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Критика к своему состоянию сохранена. Менингеальных знаков нет. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, зрачковые реакции на свет, аккомодацию, конвергенцию сохранены. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Выраженный горизонтальный крупноразмашистый нистагм. Чувствительность на лице не изменена. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлекс сохранены. Язык по средней линии. Симптомов орального автоматизма нет. Мышечная сила снижена до 4 баллов в правой ноге. Мышечный тонус в левых конечностях и в правой руке не изменён, в правой ноге повышен по спастическому типу. Сухожильные рефлексy D>S, высокие, зоны расширены. Симптомы Бабинского и Россолимо справа. Брюшные рефлексy отсутствуют. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях не выявлено. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с дисметрией и интенционным

тремором с двух сторон. Выявлена асинергия Бабинского. В позе Ромберга – пошатывание, как с открытыми, так и с закрытыми глазами. Походка атактическая. Функцию тазовых органов контролирует. Учитывая выраженную клиническую симптоматику, пациентка была направлена в стационар для дообследования и проведения лечения.

У пациентки симптомы поражения пирамидного тракта сочетаются с + _____ + атаксией

- вестибулярной
- мозжечковой
- сенситивной
- лобной

Ощущение прохождения электрического тока по позвоночнику при наклоне головы, иррадиирующее в ноги, называется симптомом

- Кушинга
- Ласега
- Утхоффа
- Лермитта

С целью подтверждения диагноза больной показано проведение

- Кушинга
- Ласега
- Утхоффа
- Лермитта

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов нейровизуализации, пациентке можно поставить диагноз

- Кушинга
- Ласега
- Утхоффа
- Лермитта

Диагноз

Учитывая данные неврологического статуса и нейровизуализации, в настоящее время пациентке показано лечение

- цитостатиками
- иммуномодуляторами
- иммуносупрессорами
- кортикостероидами

При обострении рассеянного склероза следует назначить

- преднизолон перорально 1 мг/кг 2 недели
- преднизолон перорально 200 мг 7 дней
- метилпреднизолон внутривенно 1000 мг 3-7 дней
- дексаметазон внутримышечно 8 мг 4 дня

Плазмаферез при рассеянном склерозе назначают

- при неэффективности кортикостероидов

- в случае легкого обострения болезни
- для профилактики обострений заболевания
- для нивелирования побочных эффектов кортикостероидов

На фоне лечения кортикостероидами у пациентки отмечалось улучшение состояния: походка стала уверенной, регрессировала шаткость при ходьбе и сила в правой ноге восстановилась, сохраняется легкая дисметрия при выполнении координаторных проб, и незначительное пошатывание в позе Ромберга. В качестве профилактики последующих обострений, больной показано назначение

- иммуномодулирующего препарата
- блокатора сфингозиновых рецепторов
- гуманизированного моноклонального антитела
- цитостатика с иммуносупрессивным действием

Препарат 1-й линии из группы ПИТРС - глатирамера ацетат следует вводить по + _____ + мг + _____ +

- 40; внутримышечно 3 раза в неделю
- 20; внутримышечно ежедневно
- 40; подкожно ежедневно
- 20; подкожно ежедневно

Пациентка отказывается от введения глатирамера ацетата в связи с выраженной местной реакцией при подкожном введении препарата. Она была переведена на интерферон бета, введение которого вызвало выраженный гриппоподобный синдром. В этом случае больной можно назначить

- натализумаб
- терифлуномид
- финголимод
- митоксантрон

У пациентки отмечается хорошая переносимость терифлуномида, отсутствие обострений, однако сохраняется повышенная утомляемость. С целью уменьшения выраженности утомляемости возможно назначение

- церебролизина
- актовегина
- амантадина
- цитиколина

Пациенткам с рассеянным склерозом можно применять + _____ + вплоть до наступления беременности

- церебролизина
- актовегина
- амантадина
- цитиколина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 20 лет была направлена офтальмологом на консультацию к неврологу в поликлинике по месту жительства.

Жалобы

Жалобы на снижение остроты зрения на правый глаз, боль при движении правого глаза.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, 1,5 недели назад появилось ощущение нечеткости зрения справа, которое постепенно стало нарастать, при движениях правого глазного яблока появилась болезненность. В связи с нарушением зрения обратилась к офтальмологу по месту жительства.

При обследовании офтальмологом: острота зрения правого глаза – 0,5 (не корректируется), левого глаза – 1,0. Центральная скотома справа. Офтальмоскопия: диск левого зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, артерии и вены без изменений. Побледнение височной половины диска правого зрительного нерва. Макулярная область без патологии.

Офтальмологом направлена на консультацию к неврологу.

Анамнез жизни

Пациентка считает себя относительно здоровым человеком. За медицинской помощью ранее не обращалась. В детстве болела ветрянкой, краснухой. В течение последнего полугодия инфекционными заболеваниями не болела.

Учится в Университете. Замужем, детей нет. Вредных привычек не имеет. Неврологических заболеваний в семье нет. У матери пациентки - глаукома.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 166, вес 50 кг. Температура тела 36,2°C, АД 100/70 мм рт. ст., пульс 66 уд/мин, тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус

Уровень сознания – ясное. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована в пространстве, времени, собственной личности. Критика к своему состоянию сохранена. Менингеальных знаков нет. Поля зрения (консультация офтальмолога): концентрическое сужение поля зрения правого глаза, центральная скотома справа. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакция несколько снижена справа, реакции на аккомодацию, конвергенцию сохранены. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык по средней линии. Симптомов орального автоматизма нет. Мышечная сила сохранена. Мышечный тонус в конечностях не изменен. Сухожильные рефлексы D=S. Патологических знаков нет. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Функцию тазовых органов контролирует.

Нарушения зрения, выявленные у пациентки, характерны для

- ретробульбарного неврита
- тромбоза артерии сетчатки
- повышения внутриглазного давления
- тромбоза вены сетчатки

Для уточнения диагноза больной показано проведение

- ретробульбарного неврита
- тромбоза артерии сетчатки
- повышения внутриглазного давления
- тромбоза вены сетчатки

Результаты обследования

Дополнительно пациентке рекомендовано провести

- ретробульбарного неврита
- тромбоза артерии сетчатки
- повышения внутриглазного давления
- тромбоза вены сетчатки

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов нейровизуализации у пациентки на этом этапе можно диагностировать

- ретробульбарного неврита
- тромбоза артерии сетчатки
- повышения внутриглазного давления
- тромбоза вены сетчатки

Диагноз

Через 3 месяца у больной развился повторный эпизод ретробульбарного неврита и появилась выраженная слабость в ногах, затрудняющая ходьбу. Учитывая динамику состояния, пациентке следует назначить

- глюкокортикостероиды
- ПИТРС
- курс аутогемотерапии
- сосудисто-метаболическую терапию

С целью купирования обострения показано назначение

- метилпреднизолона внутривенно, капельно 1000 мг в течение 3-7 дней
- преднизолона перорально 1 мг/кг 2 недели
- преднизолона перорально 200 мг 7 дней
- дексаметазона внутримышечно 8 мг 4-5 дней

На фоне лечения кортикостероидами у пациентки нормализовалась острота зрения, восстановилась сила в ногах. В качестве иммуномодулирующей терапии больной показано назначение препаратов ПИТРС первой линии, к которым относятся: интерферон бета, глатирамера ацетат, диметилфумарат и

- терифлуноид
- натализумаб
- финголимод
- алемтузумаб

Глатирамера ацетат назначается в дозе + ___ + мг подкожно

- 20
- 60
- 10
- 40

Нежелательные явления при приеме копаксона включают

- невропатические боли
- гриппоподобные реакции
- лимфопению
- панические атаки

При наступлении беременности на фоне приема копаксона следует

- назначить внутривенно бета-интерферон
- продолжить применение копаксона
- при необходимости назначить внутривенный иммуноглобулин
- рекомендовать прервать беременность

Учитывая клиническую картину заболевания, у пациентки тип течения рассеянного склероза

- вторично-прогрессирующий без обострений
- рецидивирующе-ремиттирующий
- первично-прогрессирующий с обострениями
- вторично-прогрессирующий с обострениями

На вопрос пациентки о возможном возникновении рассеянного склероза у её будущих детей следует ответить, что рассеянный склероз

- вторично-прогрессирующий без обострений
- рецидивирующе-ремиттирующий
- первично-прогрессирующий с обострениями
- вторично-прогрессирующий с обострениями

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет обратилась на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

На приступы частой, интенсивной, стреляющей боли в области правой щеки, правой нижней челюсти.

Анамнез заболевания

Приступы развились около месяца назад на фоне полного благополучия. Боль крайне интенсивная, острая, стреляющая, продолжительностью около 30 сек. Частота приступов до ежедневных, обычно провоцируются разговором. Заблаговременный приём анальгетиков не предотвращает развитие приступа. Женщина обращалась к стоматологу, патологии со стороны зубо-челюстной системы не выявлено.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания: Варикозная болезнь вен нижних конечностей;
- * работает учителем старших классов;
- * вредные привычки, профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела 66 кг, рост 161 см. Температура тела 36,6°C. Физикальное обследование по органам и системам без особенностей. ЧСС 76 в минуту, АД 122/80 мм рт.ст. Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентирована всесторонне верно. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Расстройств чувствительности на лице нет. Вкус не нарушен. Глотание не нарушено. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет. Тазовые функции контролирует.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- вторично-прогрессирующий без обострений
- рецидивирующе-ремиттирующий
- первично-прогрессирующий с обострениями
- вторично-прогрессирующий с обострениями

Результаты обследования

Для исключения вторичной природы заболевания необходимо провести

- вторично-прогрессирующий без обострений
- рецидивирующе-ремиттирующий
- первично-прогрессирующий с обострениями
- вторично-прогрессирующий с обострениями

Результаты обследования

Учитывая клинику и инструментальное обследование, больному можно поставить диагноз

- вторично-прогрессирующий без обострений
- рецидивирующе-ремиттирующий
- первично-прогрессирующий с обострениями
- вторично-прогрессирующий с обострениями

Диагноз

Патогномоничными триггерными зонами являются

- скуловой отросток верхней челюсти
- носогубный треугольник
- угол нижней челюсти
- лобная область

Препаратом выбора для лечения тригеминальной невралгии является

- ламотриджин
- карбамазепин
- бензобарбитал
- леветирацетам

В период обострения невралгии тройничного нерва рекомендовано назначение

- анальгетиков
- ноотропов
- антидепрессантов
- антиоксидантов

При выраженном обострении применяют

- карнитина хлорид
- тиопентал натрия
- натрия оксибутират
- кетамина гидрохлорид

При развитии невралгического статуса в качестве симптоматической терапии используют

- диазепам
- этифоксин
- гидроксизин
- алпрозалам

Дополнительным препаратом для купирования боли во время обострения невралгии тройничного нерва является

- amitriptilin
- спазмалгон
- ипидакрин
- анальгин

К радикальным методам лечения тригеминальной невралгии относят

- радиочастотную термокоагуляцию крылонёбного ганглия
- стереотаксическую хордотомию
- микроваскулярную декомпрессию корешка тройничного нерва
- этаноловую блокаду периферических ветвей тройничного нерва

При выраженных побочных эффектах карбамазепина назначают

- трилептал
- топирамат
- конвулекс
- депакин

При невралгии тройничного нерва наиболее подвержены дегенеративным изменениям с развитием мышечных уплотнений + _____ + мышцы

- трилептал
- топирамат
- конвулекс
- депакин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Г. 75 лет обратилась к неврологу в поликлинику по месту жительства. На прием пришла в сопровождении сына и его супруги.

Жалобы

- * снижение памяти;
- * скованность и замедленность движений;
- * нарушения походки, частые падения.

Анамнез заболевания

Заболевание началось 2 года назад с появления неловкой, шаркающей походки, при ходьбе несколько раз падала вперед без видимых причин. В первые 6 месяцев болезни присоединились когнитивные нарушения, постепенно прогрессирующие: нарушилась память, стало труднее ориентироваться в незнакомой обстановке, расплачиваться в магазине за покупки. За месяц до осмотра родственники пациентки обратили внимание на резкое ухудшение когнитивных функций – резко выросли расстройства памяти, пациентка не осознавала, что она у себя в квартире, была растеряна, практически перестала обслуживать себя. Также появились обманы восприятия: со слов родственников, пациентка нередко сообщает о присутствии в квартире посторонних людей, которых, в действительности, нет, при этом испытывает сильное беспокойство, пытается прогнать незваных «гостей».

Со слов родственников, наблюдаются значительные колебания умственной работоспособности: временами пациентка активна, хорошо концентрирует внимание, адекватно отвечает на вопросы, а в другое время – грубо заторможена, сидит с отсутствующим взглядом, на обращения не реагирует или отвечает бессвязно

(«заговаривается»). При осмотре: пациентка понимает, что находится у врача, но не может объяснить, почему возникла необходимость обращения за помощью, считает себя здоровой. При беседе сообщает, что живет у родственников, хотя на самом деле имеет собственную квартиру.

Анамнез жизни

- * Профессиональный анамнез: работала учителем, в настоящее время — пенсионер по возрасту;
- * алкоголем никогда не злоупотребляла, не курила;
- * черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, туберкулез, тяжелые интоксикации отрицает;
- * наследственный анамнез: отец умер от рака легких.

Объективный статус

Объективно: Состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм рт.ст. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. ЧДД 18 в минуту.

Неврологический статус: лёгкая гипомимия, тихая монотонная речь, очень мягкое лёгкое симметричное повышение тонуса по пластическому типу в конечностях и аксиальной мускулатуре, брадикинезия при выполнении динамических проб, больше выраженная в ногах. Тремора нет. Несколько затруднено вставание со стула, при попытке встать раскачивается и помогает себе руками. При оценке постурального ответа с помощью толчковых проб выявляются про- и латеропульсии. Походка шаркающая, мелкими шажками, на широкой базе, затруднены повороты и прохождение дверных проемов.

Для уточнения диагноза необходимо выполнить

- трилептал
- топирамат
- конвулекс
- депакин

Результаты обследования

Для уточнения причины имеющихся нарушений необходимо выполнить

- трилептал
- топирамат
- конвулекс
- депакин

Результаты обследования

Больной можно поставить диагноз Деменция

- трилептал
- топирамат
- конвулекс
- депакин

Диагноз

Особенностью нервно-психических расстройств в представленном случае является наличие

- депрессии
- флюктуаций
- астении
- апатии

Ведущим когнитивным расстройством у пациентки является нарушение

- внимания
- памяти
- речи
- гнозиса

В неврологическом статусе у пациентки выявляется синдром

- апраксии ходьбы
- паркинсонизма
- вестибуло-атактический
- лобной атаксии

Расстройства восприятия, наблюдаемые у данной пациентки, следует расценивать как

- иллюзии
- метаморфопсии
- галлюцинации
- агнозию

Для лечения двигательных нарушений пациентке следует назначить

- агонисты дофамина
- ноотропы
- ингибиторы MAO-B
- препараты леводопы

Для лечения когнитивных нарушений пациенту следует назначить

- пирибедил
- амантадина гидрохлорид
- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- антагонисты D2-рецепторов

При недостаточной эффективности монотерапии когнитивных нарушений можно дополнительно назначить

- акинетон
- амлодипин
- галоперидол
- мемантин

При ведении пациентки следует, по возможности, воздерживаться от назначения

- дофаминомиметиков
- ингибиторов MAO-B
- нейролептиков
- антидепрессантов

Для обоснованного диагноза деменции длительность симптоматики должна быть не менее + ___ + месяцев

- дофаминомиметиков
- ингибиторов MAO-B
- нейролептиков
- антидепрессантов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 23 лет обратился к неврологу.

Жалобы

- * приступы двусторонней тупой давящей головной боли, средней интенсивности;
- * учащение приступов за последние полгода;
- * усталость, снижение работоспособности, раздражительность, нарушения сна.

Анамнез заболевания

Считает себя больным более 4 лет, когда появились тупые давящие головные боли, средней интенсивности, частотой до 10-12 дней в месяц. В последние полгода, после развода с женой, приступы головной боли участились практически до ежедневных, принимает по 2-3 таблетки цитрамона в день, без должного эффекта. Частота головной боли составляет больше 15 дней в месяц, на протяжении последних 4-х месяцев принимает до 5-6 таблеток анальгетиков. Часто боль будит посреди ночи, вынуждая принимать ещё таблетку, в связи с чем не высыпается, имеет трудности на работе, при этом головная боль усиливается в связи с умственными нагрузками.

Анамнез жизни

Раннее развитие соответственно возрасту. Учился хорошо, имеет незаконченное высшее образование, работает менеджером по продажам. Хронический панкреатит более 5 лет. Вредные привычки, профессиональные вредности отрицает. Аллергия на пенициллин.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела 67 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6°C. Физикальное обследование по органам и системам без особенностей. ЧСС 65 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Роговичные рефлексы сохранены. Расстройств чувствительности на лице нет. При пальпации выявляется напряжение и болезненность перикраниальных мышц. Вкус не нарушен. Глотание не нарушено. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Болезненность паравертебральных мышц на уровне поясничного отдела позвоночника. Координаторные пробы выполняет. Тазовые функции контролирует.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- дофаминомиметиков
- ингибиторов МАО-В
- нейролептиков
- антидепрессантов

Результаты обследования

Клиническое интервью

См. условие задачи.

В обследовании данного пациента используется шкала

- дофаминомиметиков
- ингибиторов МАО-В
- нейролептиков
- антидепрессантов

Результаты обследования

К факторам, осложняющим течение головных болей у данного пациента, относится

- избыточное применение анальгетиков
- тенденция к понижению артериального давления
- недостаточная двигательная активность
- аллергия на лекарственные средства

Данному больному можно поставить диагноз: + _____ +.

ЛИГБ, связанная с избыточным применением

- избыточное применение анальгетиков
- тенденция к понижению артериального давления
- недостаточная двигательная активность
- аллергия на лекарственные средства

Диагноз

Основным методом в лечении ЛИГБ является

- отмена препарата злоупотребления
- ликвидация нарушения сна
- нормализация режима дня
- контроль артериального давления

Схема детоксикации при «синдроме отмены» включает

- мометазон, флуоксетин, регидратацию
- дексаметазон, amitriptilin, регидратацию
- метоклопрамид, хлорпромазин, дегидратацию
- преднизолон, клоназепам, дегидратацию

В качестве альтернативного препарата для купирования приступов ГБ следует использовать

- флупиртин
- вазобрал
- фентанил
- анальгин

Наибольшей эффективностью для профилактического лечения ЛИГБ обладает

- дулоксетин
- amitriptilin
- сертралин
- азафен

В период лечения ЛИГБ суммарное количество любых обезболивающих не должно превышать + ____ + доз в месяц

- 15
- 30
- 10
- 3

К немедикаментозным методам лечения ЛИГБ относят + _____ + терапию

- арт
- гештальт
- релаксационную
- мануальную

При возникновении «синдрома отмены» следует

- снизить дозу абзусного препарата
- подобрать альтернативный препарат
- увеличить дозу анальгетика
- провести детоксикацию

Фактором хронизации ГБ у данного пациента является

- снизить дозу абзусного препарата
- подобрать альтернативный препарат
- увеличить дозу анальгетика
- провести детоксикацию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 19 лет обратился за консультацией к врачу-неврологу.

Жалобы

Боли и судороги в мышцах ног, слабость и быстрая утомляемость при длительной ходьбе, беге, одышка при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Перечисленные симптомы отмечаются в течение полугода. Сначала пациент обратил внимание на одышку при физической нагрузке, обратился к кардиологу, выявлена кардиомиопатия, нарушения внутрижелудочковой проводимости. Затем присоединились боли в мышцах ног, стало трудно бегать, ходить на большие расстояния, подниматься по лестнице. Также отмечает затруднения при подъёме из положения лёжа на спине, приходится опираться о поверхность кровати, затем о колени.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался соответственно возрасту;
- * отец умер в возрасте 43 лет от «проблем с сердцем»;
- * в 18 лет диагностирована дилатационная кардиомиопатия, прогрессирующая сердечная недостаточность;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * аллергии на лекарственные средства нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 67 кг, рост – 168 см. Температура тела – 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Неврологический статус: Сознание ясное. Черепные нервы без патологии. Резко выраженный поясничный лордоз. Мышечная сила в верхних конечностях — 5 баллов, в нижних – 4 балла. Псевдогипертрофия икроножных мышц голени. Глубокие рефлексы снижены в нижних конечностях. Расстройств чувствительности не выявлено. Тазовые функции контролирует.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом является исследование

- снизить дозу абзусного препарата
- подобрать альтернативный препарат
- увеличить дозу анальгетика

- провести детоксикацию

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- снизить дозу абзусного препарата
- подобрать альтернативный препарат
- увеличить дозу анальгетика
- провести детоксикацию

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клинику, лабораторные и инструментальные исследования больному можно поставить диагноз прогрессирующей миодистрофии

- снизить дозу абзусного препарата
- подобрать альтернативный препарат
- увеличить дозу анальгетика
- провести детоксикацию

Диагноз

Характерным клиническим симптомокомплексом для миодистрофии Беккера является

- миопатический
- амиостатический
- менингеальный
- когнитивный

С мутацией гена + _____ + связывают развитие миодистрофии Беккера

- дисферлина
- дистрофина
- титина
- кальпаина

К немедикаментозным методам лечения прогрессирующей миодистрофии Беккера относят

- ЛФК
- массаж
- иглорефлексотерапию
- магнитотерапию

При нарушении сердечного ритма при прогрессирующей миодистрофии Беккера показана(-о)

- коронарная ангиопластика
- пересадка сердца
- имплантация кардиостимулятора
- протезирование аортального клапана

При прогрессирующей миодистрофии Беккера в наибольшей степени страдают мышцы

- жевательные
- бедер
- спины

- мимические

Затруднения при подъеме из положения лежа на спине, вынужденную опору о поверхность, а затем о колени следует трактовать как симптом

- Пуусепа
- Говерса
- Кернига
- Труссо

Средний возраст дебюта заболевания при прогрессирующей миодистрофии Беккера составляет +____+ лет

- 11
- 50
- 30
- 5

Тип наследования при миодистрофии Беккера

- Х-сцепленный
- аутосомно-доминантный
- митохондриальный
- аутосомно-рецессивный

При прогрессирующей миодистрофии Беккера развиваются контрактуры сухожилий

- Х-сцепленный
- аутосомно-доминантный
- митохондриальный
- аутосомно-рецессивный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

30-летняя мать привела на осмотр к врачу-неврологу своего единственного семилетнего сына

Жалобы

Нарушение походки, частые падения, одышку при незначительной физической нагрузке.

Анамнез заболевания

В возрасте 4 лет у мальчика нарушилась походка, во время активных игр часто падал, стало трудно подниматься по лестнице. За последние несколько недель мать заметила, что при подъеме с пола ребенку приходится опираться руками о колени. У мальчика появились частые перепады настроения, конфликты в школе, трудности в обучении. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте шестнадцати лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.

Анамнез жизни

Родился в срок. Масса тела при рождении 3200 кг, длина 50 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. До 4 лет рос и развивался нормально. Привит по возрасту. Инфекционные заболевания: ветряная оспа, частые ОРВИ.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 21 кг, рост – 118 см. Температура тела – 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Неврологический статус: сознание ясное. Черепные нервы без патологии. Резко выраженный поясничный лордоз. Атрофия мышц спины и

тазового пояса. Мышечная сила в конечностях – 4 балла. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Глубокие рефлексы снижены. Расстройств чувствительности не выявлено. Тазовые функции контролирует.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- Х-сцепленный
- аутосомно-доминантный
- митохондриальный
- аутосомно-рецессивный

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- Х-сцепленный
- аутосомно-доминантный
- митохондриальный
- аутосомно-рецессивный

Результаты обследования

На основании жалоб, результатов клинических и инструментальных методов обследования можно предположить у пациента наличие

- Х-сцепленный
- аутосомно-доминантный
- митохондриальный
- аутосомно-рецессивный

Диагноз

Для миодистрофии Дюшенна характерен симптом

- Грефе
- Ласега
- Говерса
- Хеннера

Лечение пациента должно включать

- иммуноглобулины G
- глюкокортикостероиды
- антиконвульсанты
- андрогены

Препаратом выбора в лечении данного заболевания является

- алимемазин
- десмопрессин
- гентамицин
- преднизолон

Начальная доза преднизолона в лечении миодистрофии Дюшенна составляет + _____ + мг/кг в сутки

- 0.75
- 0.1

- 5
- 1

Методом немедикаментозного лечения миодистрофии Дюшенна является

- иглорефлексотерапия
- ЛФК
- ботулинотерапия
- биологическая обратная связь

Летальный исход при миодистрофии Дюшенна наступает от

- внутреннего кровотечения
- инфекции
- бульбарных расстройств
- сердечно-легочной недостаточности

Для миодистрофии Дюшенна характерно + _____ + течение

- рецидивирующее
- стационарное
- латентное
- прогрессирующее

Первые клинические симптомы миодистрофии Дюшенна появляются в возрасте + _____ + лет

- 7-10
- 10-18
- 40-50
- 3-7

Типом наследования, характерным для данного заболевания, является

- 7-10
- 10-18
- 40-50
- 3-7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 20 лет обратился за консультацией к врачу-неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

Слабость в руках, «выпирание» лопаток, снижение слуха.

Анамнез заболевания

После игры в баскетбол школьный тренер обратил внимание больного на то, что он стал хуже играть, кидать мяч в кольцо. На протяжении года пациент действительно стал отмечать слабость в руках. Также стало тяжело долго держать руки над головой во время написания чего-либо на школьной доске. Заметное ухудшение отмечалось после физических нагрузок.

Мать, страдающая аналогичным заболеванием, заметила снижение силы в верхних конечностях и «выпирание» лопаток у сына три года назад.

При опросе неврологом выяснилось, что на последнем медицинском осмотре врачами был поставлен диагноз тугоухость.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: аллергическая реакция на пенициллин.

Профессиональный анамнез: учится в институте, успеваает удовлетворительно.

Вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики) отрицает.

Наследственный анамнез: аналогичные симптомы отмечаются у матери и у деда по материнской линии; у дяди по линии отца - рак легких.

Объективный статус

Объективно: Состояние удовлетворительное. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. ЧДД – 18 в минуту.

Неврологический статус: Сознание ясное. Движения глазных яблок в полном объеме. Симметричная слабость мимической мускулатуры, выявляемая при зажмуривании глаз, надувании щек, вытягивании губ. Выражена гипотрофия и слабость мышц плечевого пояса, «крыловидные» лопатки. Мышечная сила в проксимальных отделах ног снижена до 3 баллов, в дистальных — 4 балла. Мышечный тонус снижен. Сухожильные рефлексы не вызываются. Поясничный гиперлордоз. Чувствительных и других неврологических нарушений нет.

Необходимым инструментальным методом обследования для подтверждения диагноза является

- 7-10
- 10-18
- 40-50
- 3-7

Результаты инструментального метода обследования

Для постановки диагноза необходимо исследование

- 7-10
- 10-18
- 40-50
- 3-7

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования, можно предположить диагноз

- 7-10
- 10-18
- 40-50
- 3-7

Диагноз

Для миодистрофии Ландузи-Дежерина характерно, что

- к 15 годам у больных развивается дыхательная недостаточность
- в дебюте заболевания присутствуют бульбарные нарушения
- к 15 годам пациенты утрачивают способность к самостоятельному передвижению
- дыхательная мускулатура в патологический процесс не вовлекается

Тип наследования, характерный для миодистрофии Ландузи-Дежерина, - это

- аутосомно-доминантный
- аутосомно-рецессивный
- Х-сцепленный рецессивный
- митохондриальный

Клиническим симптомом, характерным для прогрессирующей миодистрофии Ландузи-Дежерина, является

- наличие фасцикуляций
- выраженное снижение интеллекта
- развитие контрактур
- слабость мимических мышц

Для исключения поражения других органов у данного больного необходимо назначить

- внутривенную урографию
- рентгенографию легких
- ультразвуковое исследование сердца
- УЗИ органов брюшной полости

Методом немедикаментозного лечения миодистрофии Ландузи-Дежерина является

- ботулинотерапия
- биологическая обратная связь
- ЛФК
- иглорефлексотерапия

В качестве симптоматической медикаментозной терапии при миодистрофии Ландузи-Дежерина используют

- минералокортикоиды
- миорелаксанты центрального действия
- энерготропные препараты
- кортикостероиды

Прогноз для жизни пациента с миодистрофией Ландузи-Дежерина

- благоприятный, полное выздоровление
- неблагоприятный, смерть от легочной недостаточности
- благоприятный, длительное время сохраняется работоспособность
- неблагоприятный, смерть от тромбоэмболии легочной артерии

Прогрессирующей мышечной дистрофией Ландузи-Дежерина болеют

- мужчины и женщины
- только женщины
- только дети
- только мужчины

При наследственных прогрессирующих мышечных дистрофиях поражается(-ются)

- мужчины и женщины
- только женщины

- только дети
- только мужчины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

На дрожание рук, мешающее выполнению мелких действий, нечеткость речи, снижение памяти и повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последнего полугодия, когда обратил внимание на повышенную утомляемость при выполнении умственной работы, снижение памяти, в связи с чем стал испытывать трудности с обучением. Также испытывает трудности при завязывании шнурков, застегивании пуговиц, письме. Почерк изменился, стал мелким и неразборчивым.

При расспросе выяснилось, что сестра больного страдает гепатитом неясной этиологии.

Анамнез жизни

Рождён от 2 беременностей, 2 родов. Раннее развитие – без особенностей. Из инфекционных болезней перенёс корь, ветряную оспу. Хронических заболеваний не отмечает. Курит в течение последнего года, остальные вредные привычки отрицает. Аллергии на лекарственные препараты нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 75 кг. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный, увеличение печеночной тупости на 1 см из под реберной дуги. АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС 68 уд/мин.

Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентация в месте, времени и собственной личности правильная. Эмоционально лабилен, расторможен. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Язык по средней линии. Дисфагия. Дизартрия. Скандированность речи. Мышечный тонус повышен по пластическому типу. Мышечная сила 5 баллов. Сухожильные рефлексы повышены, D=S, расширение рефлексогенных зон. Патологический рефлекс Россолимо с обеих сторон. Чувствительных расстройств не предъявляет. Координаторные пробы выполняет с интенцией, выявляется дисметрия. Проба на адиадохокinez положительная. При выполнении пробы Ромберга пошатывание, независящее от закрывания глаз. Тазовые функции контролирует.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение

- мужчины и женщины
- только женщины
- только дети
- только мужчины

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- мужчины и женщины
- только женщины
- только дети
- только мужчины

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая результаты клинико-лабораторных исследований, больному можно поставить диагноз

- мужчины и женщины
- только женщины
- только дети
- только мужчины

Диагноз

У данного пациента + _____ + форма болезни Вильсона-Коновалова

- дрожательно-ригидная
- экстрапирамидно-корковая
- абдоминальная
- аритмо-гиперкинетическая

Болезнь Вильсона-Коновалова наследуется по + _____ + типу

- аутосомно-доминантному
- аутосомно-рецессивному
- митохондриальному
- голандрическому

Препаратом для патогенетической терапии данного пациента является

- d-пеницилламин
- леводопа
- карбамазепин
- преднизолон

При терапии d-пеницилламином в лечении гепатолентикулярной дегенерации необходимо дополнительно назначать

- тиамин хлорид
- цианокобаламин
- никотиновую кислоту
- пиридоксин

Для оценки эффективности терапии используют динамику

- клинического анализа крови
- концентрации свободной меди в сыворотке крови
- ультразвуковых показателей печени
- МРТ головного мозга

Основным немедикаментозным методом профилактики и лечения для данного пациента является

- диета с исключением продуктов, богатых медью
- лечебная физкультура
- диета с повышенным содержанием белка
- категорический отказ от вредных привычек

Радикальным методом лечения пациента с болезнью Вильсона-Коновалова является

- трансплантация печени
- электросудорожная терапия

- трансплантация селезенки
- лучевая терапия

Для уменьшения выраженности побочных эффектов при приёме d-пенициллина пациенту следует назначить

- препараты цинка
- витамин D
- препараты железа
- антиоксиданты

Двигательные нарушения у данного пациента являются проявлениями + _____ + атаксии

- препараты цинка
- витамин D
- препараты железа
- антиоксиданты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

По настоянию родных больной Н. 73 лет обратился к неврологу.

Жалобы

На нарушение памяти, трудности ориентировки на местности, трудности выполнения бытовых процедур.

Анамнез заболевания

Со слов родственников, нарушения памяти стали очевидны в течение последних трех лет. Стал часто теряться при ответе на простые вопросы. За медицинской помощью ни сам пациент, ни его родные длительное время не обращались. Память продолжала прогрессивно снижаться. Стал совершать нелепые действия. Например, купив продукты в магазине, мог их выбросить, так как считал, что они уже не нужны. Перестал пользоваться привычными предметами, выполнять ежедневные бытовые процедуры и действия: мыть руки, готовить простые блюда. В течение полугода стал забывать некоторые слова, мог только объяснять их функциональное значение. Периодически включал газ, не зажигая его, открывал водопроводный кран в квартире, забывая закрыть, затем очень расстраивался, когда ему на это указывали. По настоянию родных обратился к неврологу. Наблюдался в неврологическом отделении, принимал циннаризин, гомеопатия. С диагнозом: «Энцефалопатия смешанного генеза (атеросклеротическая, дисметаболическая), легкий когнитивный дефицит, легкий атактический синдром», без существенной положительной динамики был выписан. Поскольку пациент становился все более беспомощным на работе и в быту, родственники обратились за помощью в специализированное неврологическое отделение.

Анамнез жизни

- * Профессиональный анамнез: до настоящего времени работал ведущим научным сотрудником в одном из НИИ;
- * сопутствующие заболевания: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, Н1, АГ 2, Риск 3. Гипертрофическая ангиопатия сетчатки;
- * алкоголем никогда не злоупотреблял, не курил;
- * черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, туберкулез, тяжелые интоксикации пациент не переносил.

Объективный статус

Соматический статус: среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы лица незначительно гиперемированы, с сосудистым рисунком. Зев спокоен. Язык влажный, розовый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, приглушенные. АД 180/115 мм рт. ст., ЧСС 74 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Неврологический статус: В отделение пришел в сопровождении дочери. Не ориентировался в полном объеме в месте и времени: не мог назвать текущую дату, с трудом называл свой возраст, неправильно указывал свой адрес. Не знал имени жены, родителей, своей даты рождения, адреса. На вопрос о стране, в которой живет, ответил: «В Горького», такой же ответ дал на вопрос о городе, в котором проживает и работает. На предложенные варианты текущего года: «1945», «1970» — отрицательно качал головой, не называл своего места нахождения, из предложенных вариантов: «дома», «в больнице», «в магазине» — выбрал вариант «дома». В собственной личности ориентировался частично. В беседе вел себя заинтересованно, пытался с большими усилиями вникать в вопросы и по мере своих возможностей более полно отвечать на них. Говорил медленно, неуверенно, не всегда осмыслил задаваемые вопросы, часто повторял отдельные слова и фразы, многие из необходимых слов не мог подобрать, при этом очень расстраивался, на глаза выступали слезы, отводил взгляд, теребил руками одежду.

Лицо симметрично, язык по средней линии. Выраженные рефлексы орального автоматизма. Парезов нет. Глубокие рефлексы живые, D = S, патологических рефлексов нет, устойчив в позе Ромберга, чувствительность в норме, менингеальных симптомов нет.

Необходимым методом обследования первого этапа постановки диагноза является

- препараты цинка
- витамин D
- препараты железа
- антиоксиданты

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо выполнить

- препараты цинка
- витамин D
- препараты железа
- антиоксиданты

Результаты обследований

На основании жалоб и клинической картины, можно предположить диагноз: Деменция

- препараты цинка
- витамин D
- препараты железа
- антиоксиданты

Диагноз

Изменения на МРТ, характерные для деменции при болезни Альцгеймера, включают

- расширение задних рогов боковых желудочков
- постинфарктные кисты, микрокровоизлияния
- атрофию коры, гиппокампа
- локальную атрофию лобных и передних отделов височных долей

Основным симптомом деменции при болезни Альцгеймера является

- уменьшение скорости психо-моторных реакции
- зрительная агнозия
- прогрессирующее нарушение памяти
- синдром «чужой руки»

Провоцирующим фактором при болезни Альцгеймера является

- наличие почечной недостаточности
- употребление алкоголя
- высокая умственная нагрузка
- генетическая предрасположенность

Подобная симптоматика может встречаться при всех заболеваниях, кроме

- опухоли головного мозга
- болезни Крейтцфельда-Якоба
- миодистрофии Дюшенна
- болезни Альцгеймера

Специфическим изменением в ликворе при болезни Альцгеймера является

- повышенное содержание белка
- наличие амилоидного белка и тау-протеина
- наличие олигоклонального иммуноглобулина IgG
- наличие антител к GAD

Для базисной терапии болезни Альцгеймера используют

- пантогам
- ривастигмин
- пикамилон
- фенибут

При недостаточной эффективности монотерапии целесообразно комбинированное применение ингибиторов ацетилхолинэстеразы и

- мемантина
- пентоксифиллина
- цитиколина
- пиридоксина

Наиболее доказанной стратегией профилактики прогрессирующей деменции у пациентов является

- регулярная физическая активность
- проведение курсов нейропротекторов
- прием витаминов группы В
- проведение курсов сосудистых препаратов

Возникновение пространственных нарушений при деменции отражает вовлечение в дегенеративный процесс + _____ + долей головного мозга

- регулярная физическая активность
- проведение курсов нейропротекторов
- прием витаминов группы В
- проведение курсов сосудистых препаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 24 лет обратилась на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

- * Приступы интенсивной головной боли, обычно в левой половине головы, сопровождающимися снижением зрения на левый глаз;
- * тошноту и гиперчувствительность к громким звукам во время приступов;
- * слабость, ухудшение настроения.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 16 лет, когда впервые появились подобные приступы, чаще всего происходящие в первый день менструального цикла. Возникающие за сутки до приступов головной боли симптомы в виде слабости, ухудшения настроения пациентка расценивает как предменструальный синдром. В начале приступа пациентка отмечает преходящее снижение зрения на левом глазу и мелькание мушек перед левым глазом в течение 5-15 минут, затем присоединяется тошнота и гипераккузия, развивается приступ интенсивной пульсирующей головной боли вокруг левого глаза, далее распространяющийся на всю левую половину головы. Продолжительность приступа обычно от 5-6 часов до 3-х суток, анальгетиками купируется плохо, сопровождается фото- и фоно-фобией. У мамы пациентки и бабушки (по маминной линии) отмечались аналогичные приступы. Приступы провоцирует употребление красного вина и приём шоколада. Пациентка обращалась к неврологу, проводилась нейровизуализация, которая не выявила патологических изменений. Частота приступов на момент обращения составляет 2-3 в 2 месяца.

Анамнез жизни

- * Раннее развитие соответственно возрасту.
- * Училась хорошо, работает по профессии (инженер).
- * Хронические заболевания отрицает.
- * Отмечает, что раз в неделю выпивает бокал красного вина, курит до 5 сигарет в день, профессиональные вредности отрицает. Аллергии на лекарственные средства нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела 67 кг, рост 160 см. Температура тела 36,6°C. Физикальное обследование по органам и системам без особенностей. ЧСС 65 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. *Неврологический статус*: Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Роговичные рефлексы сохранены. Расстройств чувствительности на лице нет. При пальпации выявляется напряжение и болезненность перикраниальных мышц. Вкус не нарушен. Глотание не нарушено. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет. Тазовые функции контролирует.

Необходимым методом для постановки диагноза является

- регулярная физическая активность
- проведение курсов нейропротекторов
- прием витаминов группы В
- проведение курсов сосудистых препаратов

Результат обследования

Дополнительной информацией для определения разновидности головной боли могут служить сведения о/об

- имеющейся частоте приступов головной боли
- раннем развитии в соответствии с возрастом

- наличии аналогичных приступов у мамы и бабушки
- отсутствии нарушений движения и чувствительности

Слабость и нарушение настроения за сутки до приступов следует расценивать как

- продром
- постдром
- ауру
- липотимии

Предположительным диагнозом у данной больной является

- продром
- постдром
- ауру
- липотимии

Диагноз

Мигренозная аура у данной пациентки проявляется

- повышенным восприятием звука
- изменением настроения
- болью вокруг глаза
- снижением зрения

К провоцирующим факторам приступов у данной пациентки относятся

- повышение артериального давления
- курение
- изменение атмосферного давления
- менструация

Мигрень относится к болям

- первичным головным
- первичным лицевым
- вторичным лицевым
- вторичным головным

К факторам хронизации мигрени относится

- наличие ауры
- мышечное перенапряжение
- депрессия
- нестабильность артериального давления

Учитывая неэффективность простых анальгетиков, пациентке следует назначить

- спазмолитики
- алкалоиды валерианы
- триптаны
- НПВС

Препаратами выбора для медикаментозной профилактики мигрени являются

- метопролол
- берлитион
- вазобрал
- ипидакрин

Противопоказанием к назначению триптанов является

- инфаркт миокарда в анамнезе
- хронический панкреатит
- частичная атрофия зрительного нерва
- хронический поверхностный гастрит

При выраженной тошноте и рвоте за 10-15 минут до приёма анальгетиков рекомендовано назначить

- инфаркт миокарда в анамнезе
- хронический панкреатит
- частичная атрофия зрительного нерва
- хронический поверхностный гастрит

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет обратился к врачу-неврологу.

Жалобы

* Эпизоды нарушения зрения в виде выпадения половин полей зрения, длительностью около 10 минут, сменяющиеся пульсирующей головной болью в половине головы, продолжительностью до 48 часов, тошнотой, рвотой, повышенным восприятием света, звуков;

* тревогу, сниженное настроение, плохой сон.

Анамнез заболевания

Всего было 3 таких эпизода за последние полгода. Каждый эпизод был спровоцирован недосыпанием в ночь перед приступом, так как занимался подготовкой к спортивным соревнованиям. Приступ возникает как выпадение половины полей зрения с правой или левой стороны, продолжается в течение 10 минут, затем зрение восстанавливается, но возникает интенсивная пульсирующая головная боль с той же стороны, вокруг глаза, в области лба и виска, продолжающаяся до 48 часов, сопровождающаяся тошнотой, рвотой. Во время приступа повседневная деятельность невозможна, старается укрыться в тёмной комнате, уснуть. Принимал анальгетики, без эффекта. Выяснилось, что мать пациента также страдала приступообразными головными болями.

Анамнез жизни

* Профессиональный спортсмен;

* хронические заболевания отрицает;

* вредные привычки отрицает;

* аллергии на лекарственные средства нет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения. Кожные покровы физиологической окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 70 уд/минуту. АД 115/60 мм рт.ст. Язык влажный розовый. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Неврологический статус: Зрачки округлой формы OD=OS. Фотореакции (прямая и содружественная) симметричны. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма, диплопии нет. Язык по средней линии. Надбровный, корнеальный рефлексы живые, симметричные. Глотание не нарушено. Глоточные и небные

рефлексы живые, равные с обеих сторон. Симптомы орального автоматизма отсутствуют. Мышечный тонус в руках и ногах не изменен. Мышечная сила достаточная. Глубокие рефлексы: D=S в руках и ногах, несколько повышены. Брюшные рефлексы D=S, живые. Чувствительных расстройств не предъявляет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон. Менингеальных знаков нет. Функции тазовых органов контролирует.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- инфаркт миокарда в анамнезе
- хронический панкреатит
- частичная атрофия зрительного нерва
- хронический поверхностный гастрит

Результаты обследования

Для исключения симптоматической природы головной боли проводят

- инфаркт миокарда в анамнезе
- хронический панкреатит
- частичная атрофия зрительного нерва
- хронический поверхностный гастрит

Результаты обследования

Учитывая типичную клиническую картину, можно предположить диагноз

- инфаркт миокарда в анамнезе
- хронический панкреатит
- частичная атрофия зрительного нерва
- хронический поверхностный гастрит

Диагноз

Продолжительность ауры при мигрени составляет не более + _____ + часа(-ов)

- 4
- 1
- 5
- 3

В связи с риском агранулоцитоза, для купирования приступа мигрени *НЕ* рекомендовано использовать препараты, содержащие

- карбонат кальция
- хлорид натрия
- карбонат лития
- метамизол натрия

Приступы мигрени лёгкой степени тяжести следует купировать

- анальгетиками
- антиоксидантами
- триптанами
- антиконвульсантами

Для избежание развития абзусной головной боли допустимо использовать анальгетики не более + ____ + дней в месяц

- 30
- 8
- 14
- 20

При сопутствующей тошноте и рвоте используют

- прозерин
- цитиколин
- метоклопрамид
- ноотропил

Для купирования приступов мигрени тяжёлой степени используют

- антиконвульсанты
- НПВС
- триптаны
- спазмолитики

Повторное использование триптанов в приступе мигрени возможно через + _____ + часа(-ов)

- 12
- 2
- 5
- 24

Следует дифференцировать мигрень с

- опухолью головного мозга
- гипертоническим кризом
- ишемическим инсультом
- головной болью напряжения

Профилактическое лечение мигрени показано при

- опухолью головного мозга
- гипертоническим кризом
- ишемическим инсультом
- головной болью напряжения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет пришла на прием к неврологу.

Жалобы

На

- * головную боль;
- * нарушение сна;
- * тревожность, сниженный фон настроения;
- * дискомфорт и раздражительность во время головной боли при появлении громких звуков.

Анамнез заболевания

Данные симптомы появились полгода назад, когда устроилась на новую работу. В первое время боль отмечалась до 5 раз в месяц, последние два месяца на фоне увеличения психоэмоциональных нагрузок и стресса головная боль стала практически ежедневной. Заметила, что похудела на 4 кг, образ жизни не меняла. При дальнейшем расспросе выяснилось, что боли имеют давящий, стягивающий характер по типу «обруча», интенсивность боли умеренная. Эпизод головной боли длится около 60 минут, не сопровождается тошнотой или рвотой, анальгетиками купируется плохо.

Анамнез жизни

- * Язвенная болезнь вне обострения;
- * не курит, алкоголь не употребляет;
- * профессиональный анамнез: бухгалтер по образованию, профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела 56 кг, рост 163 см. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При пальпации выявляется напряжение и болезненность перикраниальных мышц. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Неврологический статус: сознание ясное. Пациентка ориентирована в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Роговичные рефлексы сохранены, расстройств чувствительности на лице нет. Вкус не нарушен. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполнила удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

Необходимым методом для постановки диагноза является

- рентгенологический
- электрофизиологический
- ультразвуковой
- клинический

Необходимым клиническим признаком, указывающим на форму головной боли, является

- артериальное давление
- напряжение перикраниальных мышц
- ограничение движения в шейном отделе позвоночника
- положительный симптом Хвостека

На основании жалоб и клинической картины, предполагаемым диагнозом является

- артериальное давление
- напряжение перикраниальных мышц
- ограничение движения в шейном отделе позвоночника
- положительный симптом Хвостека

Диагноз

Провоцирующим фактором головной боли напряжения у данной пациентки является

- повышение артериального давления
- изменение атмосферного давления
- нарушение сна
- эмоциональный стресс

Препаратами выбора для лечения хронической головной боли напряжения являются

- ноотропы
- антиконвульсанты
- нейролептики
- антидепрессанты

Препаратом выбора из группы антидепрессантов для лечения хронической головной боли напряжения является

- амитриптилин
- азафен
- кломипрамин
- агомелатин

При плохой переносимости амитриптилина средством выбора является

- амантадин
- галоперидол
- мапротилин
- мirtазапин

Помимо антидепрессантов используют

- миорелаксанты
- анксиолитики
- антиоксиданты
- витамины

Для немедикаментозного лечения хронических ГБН применяют

- психо-поведенческую терапию
- физиотерапию
- баротерапию
- кето-диету

Для купирования эпизода головной боли напряжения препаратами выбора являются

- антигистаминные средства
- ингибиторы имидазолиновых рецепторов
- блокаторы кальциевых каналов
- нестероидные противовоспалительные средства

Амитриптилин несовместим с

- селегилином
- дексаметазоном
- ноотропилом
- кветиапином

Одним из критериев диагностики головной боли напряжения является утверждение о том, что головная боль

- селегилином
- дексаметазоном

- ноотропилом
- кветиапином

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет обратился на приём к неврологу.

Жалобы

- * Приступы очень интенсивной головной боли в области над правым глазом, возникающей чаще всего по ночам;
- * слезотечение, отёчность века;
- * чувство беспокойства во время приступа.

Анамнез заболевания

Болен в течение 2 лет. Первый подобный приступ случился после регулярного недосыпания, когда ночью проснулся от невыносимой головной боли, сопровождающейся слезотечением, отёчностью века, в течение получаса боль прошла. Через 2 дня произошёл аналогичный приступ. Далее приступы повторялись ежедневно в ночное время в течение месяца, самостоятельно принимал цитрамон, анальгин, но-шпу, кетанов, без эффекта, за медицинской помощью не обращался. Затем наступил «светлый промежуток» в 3 недели без приступов, после чего приступы возобновились с частотой до 3 раз в сутки и снова прекратились спустя месяц. Подобная периодичность приступов наблюдается в течение последних двух лет.

Анамнез жизни

- * Семейный анамнез без особенностей;
- * хронические заболевания: Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения. Ревматоидный артрит. Язвенный колит;
- * аллергические пищевые реакции отрицает;
- * работает преподавателем в ВУЗе;
- * курит до 10 сигарет в день, алкоголь, профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Соматический статус без особенностей. Сознание ясное. Ориентирован всесторонне верно. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Язык по средней линии. Расстройств чувствительности на лице нет. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Болезненность паравертебральных мышц на уровне шейного отдела позвоночника. Координаторные пробы выполняет. Тазовые функции контролирует.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- селегилином
- дексаметазоном
- ноотропилом
- кветиапином

Результаты обследования

К необходимому для исключения вторичной природы головной боли заболевания инструментальным методам обследования относят

- селегилином
- дексаметазоном
- ноотропилом
- кветиапином

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая типичную клиническую картину, больному можно поставить диагноз

- селегилином
- дексаметазоном
- ноотропилом
- кветиапином

Диагноз

Обязательным симптомом пучковой головной боли является наличие

- повышения артериального давления
- тошноты или рвоты
- ночных приступов
- гипертонуса мышц

Провоцирующим фактором данного вида головной боли может являться приём

- супрастина
- метотрексата
- сульфасалазина
- нитроглицерина

Для купирования приступов пучковой головной боли наиболее эффективны

- наркотические анальгетики
- ингаляции закиси азота
- комбинированные анальгетики
- триптаны

Противопоказанием к приёму триптанов является

- хронический панкреатит
- ревматоидный артрит
- неспецифический язвенный колит
- ишемическая болезнь сердца

Для профилактики болевых эпизодов при пучковой головной боли применяют

- карбамазепин
- баклофен
- топирамат
- верапамил

Начальная доза Верапамила для купирования эпизодов пучковой головной боли составляет +___+ мг

- 100-110
- 120-140
- 80-100
- 80-110

Для купирования болевого пучка при пучковой головной боли проводят блокаду

- поперечного нерва шеи

- тройничного нерва
- лицевого нерва
- большого затылочного нерва

При длительном применении верапамила необходимо регулярное проведение

- электрокардиограммы
- электроэнцефалографии
- эхоэнцефалоскопии
- рентгенографии черепа

При неэффективности фармакологического лечения кластерной головной боли применяют

- электрокардиограммы
- электроэнцефалографии
- эхоэнцефалоскопии
- рентгенографии черепа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет обратился на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

На

* приступы головной боли;

* утомляемость, раздражительность, плохой сон.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3 месяцев, когда стал получать второе высшее образование. Головные боли обычно возникают 5-8 дней в месяц, после лекций в университете, где приходится сидеть в тесном помещении в неудобной позе. При расспросе выяснилось: боли имеют давящий двусторонний характер по типу «каска», умеренную интенсивность, иногда сопровождаются непереносимостью громких звуков, продолжаются около 40 минут. По совету супруги принимал анальгин с незначительным эффектом.

Анамнез жизни

Раннее развитие соответственно возрасту. Учился хорошо, имеет высшее образование по специальности экономист. Из хронических заболеваний отмечает гастрит. Вредные привычки, профессиональные вредности отрицает. Аллергии на лекарственные средства нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела 76 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6°C. Физикальное обследование по органам и системам без особенностей. ЧСС 72 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Пациент в ясном сознании. Ориентирован в месте, времени и собственной личности. Глазные щели и зрачки равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Роговичные рефлексы сохранены. Расстройств чувствительности на лице нет. При пальпации выявляются напряжение и болезненность перикраниальных мышц. Вкус и глотание не нарушены. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

Диагноз у пациента можно поставить на основании

- электрокардиограммы
- электроэнцефалографии

- эхоэнцефалоскопии
- рентгенографии черепа

Результаты обследования

Разновидность головной боли подтверждает

- сочетание головной боли и тошноты/рвоты
- болезненность перикраниальных мышц
- ограничение движения в шейном отделе позвоночника
- повышенное артериальное давление

У пациента имеется

- сочетание головной боли и тошноты/рвоты
- болезненность перикраниальных мышц
- ограничение движения в шейном отделе позвоночника
- повышенное артериальное давление

Диагноз

Провоцирующим фактором головной боли у данного пациента является

- эмоциональный стресс
- изменение атмосферного давления
- нарушение сна
- позное напряжение

Для купирования головной боли напряжения применяется

- элитриптан
- ибупрофен
- суматриптан
- золмитриптан

К факторам риска учащения/хронизации головной боли напряжения относят

- ригидность мышц шеи
- физическую нагрузку
- мигренозную ауру
- лекарственный абюзус

Профилактическая терапия показана пациентам с

- эпизодической, сочетающейся с цервикалгией
- хронической головной болью напряжения
- эпизодической, сочетающейся с тошнотой
- эпизодической, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц

Препаратами выбора для профилактики головной боли напряжения являются

- антидепрессанты
- антиконвульсанты
- нейролептики
- анальгетики

Наиболее эффективным нелекарственным методом лечения головных болей напряжения является

- сочетание классического психоанализа и гипноза
- массаж мышц шеи и верхних конечностей
- электромиографическая биологическая обратная связь
- фонофорез с гидрокортизоном на шейную область

Профилактическое лечение расценивается как эффективное, если частота эпизодов головной боли напряжения сокращается через 3 месяца терапии на + _____+% и более от исходной

- 20
- 10
- 50
- 30

Препаратом первого выбора для профилактики головной боли напряжения является

- кломипрамин
- флуоксетин
- amitриптилин
- мirtазапин

Инструментальные исследования при головной боли напряжения показаны, если боль значительно усиливается

- кломипрамин
- флуоксетин
- amitриптилин
- мirtазапин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет обратился в поликлинику к терапевту.

Жалобы

На приступы боли в области левого глаза, которые сопровождаются слезотечением, заложенностью носа, потливостью лба и лица, покраснением глаза.

Анамнез заболевания

Пациент с данными жалобами был консультирован оториноларингологом, который не выявил изменений. Оказалось, что данные симптомы имеют сезонность – чаще весной и осенью. Терапевт направил пациента к врачу-аллергологу, но и аллергологические пробы оказались отрицательными.

Через какое-то время пациент обратился к неврологу, т.к. помимо данных жалоб периодически его беспокоили невыносимые головные боли сверлящего и колющего характера. При расспросе неврологом выяснилось, что данные симптомы возникают вечером и в ночное время. Например, они чаще появляются ночью во сне, а также когда больной дремлет перед телевизором и отдыхает после работы. Головной боли сопутствуют двигательное и эмоциональное беспокойство. Впоследствии долго не может уснуть. Приступы возникали на протяжении 20-40 минут с частотой 3-4 раза в неделю, но не более 2-х эпизодов в сутки. Необходимо отметить, что на момент обращения приступы, продолжавшиеся до этого более 1.5 месяцев, почти прекратились.

Анамнез жизни

Семейный анамнез без особенностей: у родственников не отмечалось повторяющихся головных болей.

Профессиональный анамнез: работает машинистом поезда, суточный график работы, в связи с чем часто бессонные ночи.

Не курит, алкоголь употребляет редко.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Соматический статус без особенностей. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Изменений со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено. Мимические пробы выполняет удовлетворительно, язык по средней линии, зрачки одинаковые. Парезов нет. Сухожильные рефлексы нормальной живости, симметричные, без патологических знаков. Чувствительные, координаторные нарушения, расстройства тазовых функций отсутствуют.

Диагноз у пациента можно поставить на основании

- кломипрамин
- флуоксетин
- амитриптилин
- мirtазапин

Результаты обследования

Необходимыми методами обследования для исключения симптоматической головной боли являются

- кломипрамин
- флуоксетин
- амитриптилин
- мirtазапин

Результаты обследований

Основным диагнозом у пациента является

- кломипрамин
- флуоксетин
- амитриптилин
- мirtазапин

Диагноз

Пучковая головная боль характеризуется

- давящим/сжимающим характером боли
- частотой приступов более 10 раз в сутки
- сезонностью и серийностью приступов
- наличием тошноты и/или рвоты

Для купирования приступа пациенту следует назначить

- парацетам
- амитриптилин
- азалептин
- суматриптан

Для купирования приступа пациент может использовать

- парентеральное введение миорелаксанта
- массаж мышц шейной области

- ингаляцию 100% кислородом
- массаж мышц височной области

Для профилактики приступов пучковой головной боли используют

- габапентин
- бензобарбитал
- диазепам
- зонегран

При неэффективности медикаментозных подходов и тяжелых хронических формах пучковой головной боли применяют

- нейрохирургическую операцию на бледном шаре
- методы нейростимуляции
- нейрохирургическую операцию на зрительном бугре
- транскраниальную магнитную стимуляцию

Суматриптан противопоказан при

- тиреотоксикозе
- стенокардии
- акромегалии
- гипопаратиреозе

Методом дифференциального диагноза пучковой головной боли и SUNCT-синдрома является положительный эффект

- тералиджена
- индометацина
- оланзапина
- депакина

Провоцирующим фактором пучковой головной боли является

- изменение атмосферного давления
- длительная менструация с большой кровопотерей
- суточный график работы
- повышение артериального давления

Пучковые головные боли чаще встречаются

- изменение атмосферного давления
- длительная менструация с большой кровопотерей
- суточный график работы
- повышение артериального давления

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 5 лет периодически «замирает» во время повседневной активности

Жалобы

Со слов родителей, ребенок периодически «замирает» во время игры, еды или разговора на несколько секунд

Анамнез заболевания

Подобные приступы возникают в течение последнего года. Во время приступа глаза девочки неподвижны, она не реагирует на вопросы, не говорит. После приступа ребенок не помнит о нем. Приступы возникают около 10 раз в день.

Анамнез жизни

- * Родилась в срок, 8-9 баллов по шкале Апгар;
- * перенесенные заболевания: ОРВИ;
- * посещает детский сад;
- * аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания со слов родителей отсутствуют;
- * наследственный анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 26 в мин. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 109/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Неврологический статус: сознание ясное; менингеальные симптомы отсутствуют. ЧМН: без патологии.

Мышечная сила в руках и ногах – 5 баллов, объем движений не ограничен. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D = S, живые. Мышечный тонус: D = S. Симптом Бабинского отрицательный. Рефлексы орального автоматизма: отсутствуют. Координация движений: пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено.

Тазовые функции: контролирует.

Тип эпилептического приступа у пациентки относится к

- первично-генерализованным
- простым парциальным
- вторично-генерализованным
- сложным парциальным

Клинически приступ соответствует

- джексоновскому маршу
- абсансу
- миоклонус-эпилепсии
- панической атаке

При абсансах в патологический процесс вовлечена(-ы)

- оба полушария
- височная доля
- затылочная доля
- лобная доля

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- оба полушария
- височная доля
- затылочная доля
- лобная доля

Результаты обследования

Для типичного абсанса характерно наличие на ЭЭГ

- генерализованных комплексов спайк-медленная волна
- фокальных спайков и острых волн
- медленной диффузной активности
- ограниченного очага δ -волн

Эпилептический приступ необходимо дифференцировать с

- синдромом Туретта
- менингитом
- гипоксической энцефалопатией
- обмороком

Пациентке следует избегать

- недосыпания
- гипотермии
- напитков с кофеином
- употребления поваренной соли

Количество противосудорожных препаратов, необходимых пациентке, составляет + _____ + препарат(-а)

- три
- один
- два
- четыре

В качестве исходной терапии следует применить

- вальпроевую кислоту
- карбамазепин
- руфинамид
- прегабалин

При абсансах противопоказано назначение

- этосуксимида
- вальпроевой кислоты
- ламотриджина
- карбамазепина

К политерапии следует прибегать при

- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- наличии более трех приступов в сутки
- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии
- выявлении генерализованной активности на ЭЭГ

Абсансы могут усиливаться на фоне приема

- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- наличии более трех приступов в сутки
- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии

- выявлении генерализованной активности на ЭЭГ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 45 лет обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

Жалобы на головную боль, повышенную утомляемость, сонливость, снижение зрения, увеличение размера кистей и стоп, укрупнение черт лица.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 5 лет, когда стали появляться периодические головные боли давящего характера, купируемые анальгетиками. С того же времени отмечает постепенное увеличение размеров кистей и стоп, укрупнение черт лица. Последние полгода стало снижаться зрение, появилось ограничение бокового зрения, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA_{1c} < 6,5%; гипертоническая болезнь 2 ст. повышения АД, риск 3; полиостеоартроз 2 ст., НФ 2; полипы толстого кишечника;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Акромегалия (увеличение преимущественно дистальных отделов конечностей и костей лицевого скелета).

Неврологический статус

Пациентка в ясном сознании, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Когнитивных нарушений не выявлено. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакция живая, симметричная. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Поля зрения – битемпоральная гемианопсия. Расстройств чувствительности на лице нет. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Глотание, фонация в норме. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные рефлексы с рук и ног снижены, равномерные, патологических знаков нет. Расстройств чувствительности не выявлено. В позе Ромберга устойчива, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует. Менингеальные знаки отрицательные.

Необходимым и самым информативным методом исследования в данной ситуации является

- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- наличии более трех приступов в сутки
- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии
- выявлении генерализованной активности на ЭЭГ

Результаты обследования

Появление акромегалии у данной пациентки связано с повышением уровня

- соматотропина
- тиреотропина
- пролактина

- адренотропный гормон

Битемпоральная гемианопсия проявляется выпадением + _____ + половин полей зрения

- левых
- назальных
- правых
- височных

Битемпоральная гемианопсия возникает при поражении + _____ + области головного мозга

- хиазмальной
- височной
- теменной
- лобной

Для уточнения гормональной активности опухоли необходимо исследование уровня + _____ + гормона

- хиазмальной
- височной
- теменной
- лобной

Результаты обследования

Рост аденомы гипофиза, распространяющейся в основную пазуху и/или в носоглотку, классифицируется как

- супраселлярный
- латероселлярный
- инфраселлярный
- эндоселлярный

При поражении структур кавернозного синуса при латероселлярном росте опухоли чаще всего возникает нарушение функции + _____ + нерва

- лицевого
- глазодвигательного
- слухового
- подъязычного

На основании результатов клинко-инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- лицевого
- глазодвигательного
- слухового
- подъязычного

Диагноз

Пациентку необходимо направить на консультацию к

- отоларингологу
- гастроэнтерологу
- терапевту
- нейрохирургу

При отказе от операции для проведения консервативной терапии пациентка должна наблюдаться у

- эндокринолога
- терапевта
- пульмонолога
- гастроэнтеролога

При сохранении у пациентов синдрома ночного апноэ после операции показано проведение

- электроэнцефалографии
- полисомнографии
- эхоэнцефалографии
- доплерографии

При повышении уровня соматотропного гормона в детском и подростковом возрасте развивается

- электроэнцефалографии
- полисомнографии
- эхоэнцефалографии
- доплерографии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет обратился к врачу-неврологу по месту жительства.

Жалобы

На похудание рук и слабость в них, трудности при глотании, особенно жидкой пищи; нечеткость и «смазанность» речи.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 2 лет. Сначала заметил подергивания в мышцах рук, затем, через 1 год, появилась слабость сначала в правой, затем в левой руке. Еще через несколько месяцев стало трудно глотать пищу, речь стала невнятной, нечеткой, а слабость в руках продолжает нарастать.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * курит 1 пачку сигарет в день;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;
- * алкоголь употребляет умеренно (по словам пациента, по праздникам).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 60 кг. АД 135/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Одышки нет – ЧД 16 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. Глазодвигательных нарушений нет. Зрачковые реакции сохранены. Лицо симметрично. Носовой оттенок речи, дизартрия. Движения языка ограничены, отмечаются фасцикулярные подергивания в нём. Глоточный рефлекс повышен. Оживлён нижнечелюстной рефлекс. Выражен хоботковый рефлекс, симптом Маринеску-Радовичи с 2-х сторон. Сила в обеих руках снижена до 3 баллов. Мышечный тонус в руках снижен, выраженная атрофия межкостных мышц кистей. Наблюдаются фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса, рук и грудной клетки. Сухожильные рефлексы на руках высокие, с расширенными зонами и симптомом Тремнера с 2-х сторон. В ногах снижения мышечной силы нет, мышечный тонус не изменён. Коленные и ахилловы рефлексы повышены с обеих сторон. Брюшные рефлексы отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы

Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Гипотрофия мышц бёдер. Чувствительность всех видов сохранена. Координаторных нарушений нет. Тазовые функции контролирует. После осмотра был направлен в стационар и госпитализирован.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится

- электроэнцефалографии
- полисомнографии
- эхоэнцефалографии
- доплерографии

Результаты инструментального метода обследования

Клиническими критериями постановки диагноза являются симптомы поражения

- верхнего мотонейрона
- периферических нервов
- нижнего мотонейрона
- верхнего и нижнего мотонейронов

Двигательные нарушения у пациента являются + _____ + тетрапарезом

- периферическим
- мозжечковым
- центральным
- смешанным

Нарушения речи у больного являются проявлением поражения

- связей между подкорковыми ядрами
- мозжечка и его связей
- ствола головного мозга
- передней центральной извилины

Наиболее вероятным диагнозом является

- связей между подкорковыми ядрами
- мозжечка и его связей
- ствола головного мозга
- передней центральной извилины

Диагноз

При боковом амиотрофическом склерозе в патологический процесс вовлекаются ядра

- глазодвигательных нервов
- нервов мосто-мозжечкового угла
- пучков Голля и Бурдаха в продолговатом мозге
- каудальной группы черепных нервов

Среди нервно-психических проявлений у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом часто встречается

- гипоманиакальность
- депрессия
- биполярное расстройство

- обсессивно-компульсивное расстройство

При прогрессировании дисфагии пациенту показано проведение

- коррекции диеты с исключением продуктов, сгущающих слюну
- плазмафереза и гемосорбции
- санации полости рта
- чрезкожной эндоскопической гастростомии

Основным направлением помощи больным боковым амиотрофическим склерозом является

- паллиативная терапия
- медикаментозная терапия
- гипербарическая оксигенация
- двигательная реабилитация

При затруднении дыхания пациенту показана

- неинвазивная искусственная вентиляция легких
- установка назогастрального зонда
- инвазивная ИВЛ
- коррекция лекарственной терапии

Для коррекции фасцикуляций при боковом амиотрофическом склерозе эффективен

- карбамазепин
- финголимод
- лиорезал
- тизанидин

У пациентов с боковым амиотрофическим склерозом при развитии депрессии показано назначение

- карбамазепин
- финголимод
- лиорезал
- тизанидин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина в возрасте 22 лет с эпизодами потери сознания в душном помещении обратилась к неврологу в поликлинике.

Жалобы

На эпизоды потери сознания, сопровождающиеся падением.

Анамнез заболевания

Чаще всего эпизоды потери сознания возникают в общественном транспорте в час пик. Перед потерей сознания пациентка ощущает «дурноту», потемнение в глазах, шум в ушах, бледность, повышенное потоотделение. Во время ожидания приема, в душном коридоре у пациентки случился аналогичный эпизод потери сознания. Пациентку положили горизонтально на кушетку, в течение 10 секунд сознание восстановилось, АД 100/70 мм рт. ст., ЧСС 58 уд/мин. После восстановления сознания у пациентки отмечается общая слабость и бледность кожных покровов.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: частые ОРВИ в детстве, детские инфекции;
- * вредные привычки: курит в течение последних 3 лет 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в среднем 1 раз в 2 недели, 2-3 дозы;
- * трудовой анамнез: студентка, в настоящее время не работает;
- * профессиональные вредности: отсутствуют;
- * аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает;
- * наследственный анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16/мин, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 100/70 мм рт. ст., ЧСС 58 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

По данным госпитальной шкалы тревоги – 3 баллов, депрессии – 12 баллов.

Неврологический статус: сознание ясное; менингеальные симптомы отсутствуют. ЧМН: без патологии.

Мышечная сила в руках и ногах – 5 баллов, объем движений не ограничен. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D=S, живые. Мышечный тонус: D=S. Симптом Бабинского отрицательный. Рефлексы орального автоматизма: отсутствуют. Координация движений: пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Тазовые функции: контролирует.

Симптомы пациентки наиболее характерны для

- нейронально-опосредованного синкопе
- генерализованного эпилептического приступа
- парциального эпилептического приступа
- ортостатической гипотензии

Пациентке можно поставить диагноз + _____ + обморок

- нейронально-опосредованного синкопе
- генерализованного эпилептического приступа
- парциального эпилептического приступа
- ортостатической гипотензии

Диагноз

Развитию обморока у пациентки способствовало

- недостаточное количество сна
- длительное ожидание приема
- большое скопление людей
- нахождение в душном помещении

Вазовагальный обморок чаще возникает в + _____ + возрасте

- старческом
- молодом
- пожилом
- среднем

Диагноз «вазовагальный обморок» основан на наличии в анамнезе

- курения в течение последних 3 лет
- связи с типичной провоцирующей ситуацией

- частых ОРВИ в детстве
- употребления алкоголя раз в 2 недели

С возрастом частота обмороков у пациентки может

- уменьшиться после менопаузы
- остаться на том же уровне
- увеличиться
- уменьшиться

Пациентке необходимо избегать

- душных помещений
- употребления алкоголя
- употребления кофеина
- резких поворотов головы

Пациентке необходимо назначение

- антидепрессантов
- ноотропных средств
- нейролептиков
- анксиолитиков

Из немедикаментозных методов лечения пациентке рекомендуется

- мануальная терапия
- массаж шейно-воротниковой зоны
- ортостатический тренинг
- иглорефлексотерапия

Назначение ноотропных препаратов

- рекомендуется в виде ноопета 10 мг
- рекомендуется в виде цитиколина 50 мг
- не требуется
- рекомендуется в виде ноопета 20 мг

Стимулом, который может спровоцировать развитие синкопе у пациентки, является(-ются)

- употребление кофеина
- эмоциональный стресс
- употребление алкоголя
- яркие вспышки света

Для предотвращения обморока в пресинкопальном периоде пациентке рекомендуется(-ются)

- употребление кофеина
- эмоциональный стресс
- употребление алкоголя
- яркие вспышки света

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 21 год, доставлен бригадой СМП после приступа потери сознания, сопровождавшегося судорогами.

Жалобы

На периодически возникающие ощущения музыки «внутри головы», впервые в жизни возникший приступ потери сознания, сопровождающиеся судорогами.

Анамнез заболевания

В течение последних 4 лет возникали короткие эпизоды, во время которых пациент слышал музыку «внутри головы». Подобные эпизоды продолжались около 15 секунд, сознание не терял, судорог не было. В день поступления, после употребления алкоголя, пациент вновь услышал музыку, после чего пациент со слов друга резко остановился, потерял сознание, его тело напряглось, выгибаясь назад. Затем появились судороги в руках и ногах, которые продолжались несколько минут. После окончания судорог пациент открыл глаза, но не узнавал друга, не ориентировался в окружающей среде и быстро заснул. Сам пациент данный эпизод амнезирует.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекции;
- * вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет в среднем 1 раз в месяц, 2-3 дозы;
- * трудовой анамнез: студент, в настоящее время не работает;
- * профессиональные вредности: отсутствуют;
- * аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает;
- * наследственный анамнез: не отягощен.

Объективный статус

АД 120/80 мм рт.ст., ЧСС 70 уд. в мин. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Неврологический статус: сознание ясное; менингеальные симптомы отсутствуют. ЧМН: без патологии. Мышечная сила в руках и ногах – 5 баллов, объем движений не ограничен. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук интог D=S, живые. Мышечный тонус: D=S. Симптом Бабинского отрицательный. Рефлексы орального автоматизма: отсутствуют. Координация движений: пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Тазовые функции: контролирует.

Короткие эпизоды, во время которых пациент слышал музыку «внутри головы», можно расценить как + _____ + приступ

- вторично-генерализованный
- сложный парциальный
- простой парциальный
- первично-генерализованный

Приступ потери сознания, сопровождающийся судорогами, можно расценить как + _____ + приступ

- тонический
- миоклонический
- атонический
- тонико-клонический

Приступ, возникший у пациента в день поступления, можно расценить как приступ

- первично-генерализованный
- миоклонический
- вторично-генерализованный

- абсанс

Основным необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- первично-генерализованный
- миоклонический
- вторично-генерализованный
- абсанс

Результаты обследования

Простой парциальный приступ пациента связан с поражением + _____ + доли

- лобной
- теменной
- затылочной
- височной

Пациенту показано проведение нейровизуализации с помощью

- КТ
- МРТ
- ПЭТ
- МР-спектроскопии

Пациенту следует избегать

- приема алкоголя
- курения
- гипотермии
- употребления поваренной соли

Количество противосудорожных препаратов, необходимых пациенту, составляет + ____ + препарат(-а)

- один
- три
- два
- четыре

В качестве исходной терапии следует применить

- руфинамид
- карбамазепин
- прегабалин
- фенитоин

Назначение пациенту фенобарбитала

- рекомендуется в дозе 90 мг/сут
- не рекомендуется
- рекомендуется в дозе 70 мг/сут
- рекомендуется в дозе 80 мг/сут

К политерапии следует прибегать при

- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии

- наличии более одного приступа в год
- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- выявлении фокальной эпилептической активности на ЭЭГ

Пациенту рекомендуется принимать терапию в течение

- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии
- наличии более одного приступа в год
- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- выявлении фокальной эпилептической активности на ЭЭГ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 42 лет обратилась к врачу-неврологу в поликлинике.

Жалобы

Головная боль, возникающая до 15-17 раз в месяц, двусторонней локализации, давящего характера.

Анамнез заболевания

Головную боль отмечает последние три года после развода с мужем.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * мать здорова, отец умер от рака легкого.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 77 кг, рост 168 см. Температура тела 36,7°C;
- * кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферических отеков нет;
- * дыхание везикулярное, ЧДД 15 в мин;
- * тоны сердца ритмичные, ЧСС 73 уд/мин, АД 130/60 мм рт. ст.;
- * живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К основным методам обследования для постановки диагноза у данной пациентки относится

- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии
- наличии более одного приступа в год
- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- выявлении фокальной эпилептической активности на ЭЭГ

Результаты обследования

Для дифференциального диагноза головной боли у данной пациентки рекомендуется уточнить

- наличие аналогичных симптомов у близких родственников
- количество лет с приемом обезболивающих препаратов
- наличие синкопальных состояний
- количество дней с приемом обезболивающих препаратов в месяц

Предполагаемым диагнозом является

- наличие аналогичных симптомов у близких родственников

- количество лет с приемом обезболивающих препаратов
- наличие синкопальных состояний
- количество дней с приемом обезболивающих препаратов в месяц

Диагноз

В качестве основных подходов лечения данной пациентки используется

- лечебный массаж
- поведенческая терапия
- мануальная терапия
- лечебная физическая культура

Профилактическое лечение от проводимой терапии считается эффективным, если частота эпизодов ГБН (число дней с ГБ в месяц) сокращается через 3 месяца терапии на + _____ + % и более от исходной

- 20
- 40
- 50
- 30

Для купирования болевых эпизодов рекомендуется применение

- ибупрофена
- триптана
- опиоидных анальгетиков
- метамизола

Профилактическая терапия рекомендуется пациентам с

- острой посттравматической головной болью
- хронической головной болью напряжения
- нечастой эпизодической ГБН, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц
- нечастой эпизодической ГБН, сочетающейся с напряжением (болезненностью) перикраниальных мышц

Для профилактического лечения головной боли напряжения препаратом первого выбора из группы антидепрессантов является _____

- митразапин
- amitриптилин
- венлафаксин
- кломипрамин

Для профилактики головной боли напряжения рекомендованы

- спазмолитики
- антидепрессанты
- препараты магния
- ноотропные препараты

Для диагностики хронической головной боли напряжения необходимым условием является головная боль, возникающая \geq + _____ + дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев

- 10

- 5
- 15
- 13

Критерием диагностики лекарственно-индуцированной (абзусной) головной боли является приём обезболивающих препаратов в течение + ___ + дней в месяц

- 2
- 8
- 5
- 15

Для диагноза нечастой эпизодической головной боли напряжения головная боль у пациента должна возникать не чаще + ___ + дня(ей) в месяц

- 2
- 8
- 5
- 15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет.

Жалобы

На приступы потери сознания, сопровождающиеся судорогами.

Анамнез заболевания

Подобные приступы возникают в течение последнего года, около 1 раза в 2 месяца. Во время приступа пациент теряет сознание и падает, его руки и ноги вытягиваются, голова запрокидывается назад (10-15 сек), после чего начинаются судороги в мышцах туловища и конечностей длительностью 2-3 минуты. После приступа пациент засыпает, факт приступа амнезирует.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекции;
- * вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * трудовой анамнез: работает программистом;
- * профессиональные вредности: отсутствуют;
- * аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает;
- * наследственный анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Температура тела 36,7°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 120/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Неврологический статус: сознание ясное; менингеальные симптомы отсутствуют. ЧМН: без патологии.

Мышечная сила в руках и ногах – 5 баллов, объем движений не ограничен. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D=S, живые. Мышечный тонус: D=S. Симптом Бабинского отрицательный. Рефлексы орального автоматизма: отсутствуют. Координация движений: пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Тазовые функции: контролирует.

Типом эпилептического приступа является

- сложный парциальный

- первично-генерализованный
- простой парциальный
- вторично-генерализованный

Клинически приступ соответствует

- тонико-клоническому
- джексоновскому маршу
- параличу Тодда
- миоклонус эпилепсии

При тонико-клонических приступах в патологический процесс вовлечены

- затылочная доля
- оба полушария
- височная доля
- лобная доля

Необходимыми для постановки диагноза методы обследования будут

- затылочная доля
- оба полушария
- височная доля
- лобная доля

Результаты обследования

Для генерализованных тонико-клонических приступов характерно наличие на ЭЭГ

- медленной диффузной активности
- комплексов спайк-медленная волна
- ограниченного очага δ -волн
- фокальных спайков и острых волн

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- менингитом
- синдромом Туретта
- психогенным приступом
- гипоксической энцефалопатией

Пациенту следует избегать

- приема алкоголя
- гипотермии
- употребления поваренной соли
- курения

Количество противосеипептических препаратов, необходимых пациенту, составляет + _____ + препарат(-а)

- два
- три
- четыре
- один

В качестве исходной терапии следует применить

- прегабалин
- вальпроевую кислоту
- руфинамид
- топирамат

Терапию противэпилептическими препаратами следует начинать с дозы

- средней, с последующей титрацией
- небольшой, с последующей титрацией
- максимальной, с последующим снижением
- на усмотрение лечащего врача

К политерапии следует прибегать при

- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии
- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- наличии более одного приступа в год
- выявлении фокальной эпилептической активности на ЭЭГ

Пациенту запрещается работа

- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии
- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- наличии более одного приступа в год
- выявлении фокальной эпилептической активности на ЭЭГ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 36 лет обратилась на консультацию к врачу-неврологу

Жалобы

На внезапно возникший кратковременный интенсивный эпизод вращения окружающих неподвижных предметов при повороте головы влево, сопровождающийся дурнотой, тошнотой и рвотой.

Анамнез заболевания

Ранее отмечала подобные кратковременные приступы вращательного головокружения, продолжительностью до 1 минуты, возникающие при перемене положения головы (переход в горизонтальное положение, поворачивание в постели), которые проходили самостоятельно. Слух не снижен, шума в ушах не отмечается.

Анамнез жизни

Раннее развитие без особенностей. Алкоголь и психоактивные вещества не употребляет. Гипертоническую болезнь, аритмии, сахарный диабет, травмы головы отрицает. Ранее у специалистов не обследовалась. Беременность-1, роды-1.

Объективный статус

В сознании. Контакт доступен. Речь правильная, фразовая. Глазные щели S=D. Движения глазных яблок в полном объеме. Язык прямо по средней линии. Лицо симметрично. Парезов нет, мышечный тонус не нарушен. Сухожильные рефлексы средней живости, D=S. Координаторные пробы выполняет правильно. В позе Ромберга устойчива. Память и интеллект без грубых нарушений. Артериальное давление 120/70 мм. рт.ст., пульс ритмичный, 60 в минуту.

Оптимальным методом обследования, способствующим установлению диагноза при данной клинической картине, будет являться проведение

- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии
- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- наличии более одного приступа в год
- выявлении фокальной эпилептической активности на ЭЭГ

Результаты

Отличительным признаком головокружения у данной пациентки является

- шум в ушах
- чувство дурноты
- позиционный характер
- изменение пульса

Предположительным диагнозом у данной пациентки является

- шум в ушах
- чувство дурноты
- позиционный характер
- изменение пульса

Диагноз

Системное головокружение у данной пациентки обусловлено поражением

- центрального отдела вестибулярного анализатора
- периферического отдела вестибулярного анализатора
- задних столбов спинного мозга
- мозжечка и его связей

Наиболее эффективным видом лечения данной пациентки будет назначение

- агонистов ГАМК-рецепторов
- лечебного маневра Эпли
- дименгидрината
- бетагистина гидрохлорида

Дополнительным методом профилактики и лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения у данной пациентки является

- транскраниальная магнитная стимуляция
- гимнастика Брандта-Дароффа
- магнитотерапия на шейный отдел позвоночника
- массаж шейно-воротниковой зоны

Лечение пациентки с острым эпизодом доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения должно проводиться в условиях

- отделения интенсивной терапии
- отоларингологического стационара
- амбулаторно-поликлинических
- неврологического стационара

Основной задачей лечения данной пациентки является

- восстановление нормального церебрального кровотока
- прекращение эпизодов вестибулярного головокружения
- первичная и вторичная профилактика инсульта
- профилактика прогрессирования снижения слуха

Лечебные маневры для данной пациентки направлены на

- восстановление церебрального кровотока
- расслабление шейных мышц
- репозицию отолитов
- снятие психоэмоционального напряжения

Оториатрическое обследование для данной пациентки является

- строго обязательным
- нецелесообразным
- абсолютно противопоказанным
- возможным, но не обязательным

Выполнение МРТ головного мозга при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении является

- экстренным
- не обязательным
- обязательным
- противопоказанным

Применение лекарственных препаратов, угнетающих активность вестибулярного анализатора при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении, рассматривается как

- экстренным
- не обязательным
- обязательным
- противопоказанным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Б. 39 лет была доставлена в неврологическое отделение больницы бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

Асимметрия лица, невозможность зажмуриться, надуть щеки, боль и слабость в мышцах рук и ног.

Анамнез заболевания

10 дней назад после перенесенного простудного заболевания развилась слабость мышц лица, более выраженная слева. Через 4 дня появились боли в мышцах, затем слабость в ногах и руках. Симптомы нарастали в течение 7 дней.

Анамнез жизни

* Наличие хронических заболеваний отрицает;

- * вредных привычек не имеет;
- * алергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Больная пониженного питания, кожа чистая. Дыхание везикулярное, тоны сердца не изменены, тахикардия - до 100-106 уд/мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, равномерно болезненный при пальпации. Печень не пальпируется. Нарушения функции тазовых органов нет.

Сознание ясное. Менингеальных знаков нет.

ЧМН: слабость мимических мышц с двух сторон, более выраженная слева затруднение при зажмуривании глаз, надувании щек. Патологии других черепных нервов не выявлено.

Периферический тетрапарез. Сила в проксимальных отделах конечностях 2 балла, в дистальных 4 балла.

Сухожильная арефлексия. Патологические рефлексy отсутствуют. Болевая гипестезия кистей и стоп.

Вибрационная чувствительность в стопах снижена.

К необходимым лабораторным методам обследования относится

- экстренным
- не обязательным
- обязательным
- противопоказанным

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым инструментальным методам исследования относится

- экстренным
- не обязательным
- обязательным
- противопоказанным

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных методов обследования можно поставить диагноз

- экстренным
- не обязательным
- обязательным
- противопоказанным

Диагноз

Признаками, необходимыми для постановки диагноза полиневропатии Гийена-Барре, являют(-ет)ся

- прогрессирующая мышечная слабость в конечностях и арефлексия (отсутствие сухожильных рефлексов)
- сегментарный тип расстройства чувствительности
- тазовые нарушения в дебюте заболевания
- патологическая мышечная утомляемость

При объективном обследовании при полиневропатии Гийена-Барре выявляется + _____ + тип расстройства чувствительности

- корковый
- полиневропатический
- сегментарно-корешковый
- проводниковый

При синдроме Гийена-Барре наиболее часто поражаются + _____ + черепные нервы

- VII, IX и X
- I и II
- XI и XII
- III, IV и VI

При дифференциальной диагностике полиневропатии Гийена-Барре и полиомиелита исключить диагноз полиомиелита позволяет

- альтернирующий синдром
- демиелинизирующее поражение нервов конечностей
- наличие когнитивных нарушений
- синдром патологической мышечной утомляемости

Для синдрома Гийена-Барре характерно + _____ + течение

- прогрессирующее
- монофазное
- стационарное
- рецидивирующее

Для синдрома Миллера-Фишера характерна(-ы)

- когнитивные нарушения
- мозжечковая атаксия
- лобная атаксия
- вестибулярная атаксия

Самым частым клиническим вариантом полиневропатии Гийена-Барре является

- острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия
- острая моторно-сенсорная аксональная невропатия
- острая моторная аксональная невропатия
- синдром Миллера-Фишера

При полиневропатии Гийена-Барре в качестве патогенетической терапии используют

- иммуноглобулин G
- кортикостероиды внутрь длительно
- пульс-терапию кортикостероидами
- анихолинестеразные препараты

Препаратами выбора для купирования нейропатической боли при синдроме Гийена-Барре являются

- иммуноглобулин G
- кортикостероиды внутрь длительно
- пульс-терапию кортикостероидами
- анихолинестеразные препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов в палату к пациенту К. 72 лет, находящемуся на стационарном лечении в отделении плановой кардиологии многопрофильной клинической больницы.

Жалобы

Ввиду наличия речевых нарушений и спутанности сознания жалобы не предъявляет.

Анамнез заболевания

Со слов дежурного медицинского персонала, около 15 минут назад у пациента во время эмоциональной беседы по телефону сначала резко нарушилась речь, а затем развилась слабость в правых конечностях. Удержать вертикальное положение пациент не смог и упал на правый бок. Вызван дежурный врач.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Хронические заболевания: гипертоническая болезнь, синдром слабости синусового узла (корригированный установкой электрокардиостимулятора), пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, инфаркт миокарда (9 месяцев назад), ишемический инсульт (2 года назад).

Постоянно принимает дабигатран, индапамид и периндоприл. Аллергической реакции на лекарственные препараты ранее не отмечено.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Масса тела 89 кг, рост 177 см. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Видимых повреждений кожных покровов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные (ритм ЭКС), ЧСС 65 в минуту, систолический шум на верхушке, АД 180/85 мм рт.ст.

Неврологический статус: уровень сознания – 13 баллов по шкале ком Глазго. По NIHSS 10 баллов. Пациент заторможен, пытается отвечать на вопросы, однако речь нечеткая, прерывистая, изобилует парафазиями. Зрачки симметричные, их реакции на свет сохранены; конвергенция и аккомодация не нарушены.

Прозопарез справа по центральному типу. Глотание сохранно. Девиация языка вправо. Мышечная сила в правых конечностях – 3 балла, в левых конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног d>s, симптом Бабинского положительный справа. Гемигипестезия справа. Менингеальные знаки отрицательные.

В данном случае в экстренном порядке должна быть проведена

- иммуноглобулин G
- кортикостероиды внутрь длительно
- пульс-терапию кортикостероидами
- анихолинестеразные препараты

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является ишемический инсульт в бассейне

- иммуноглобулин G
- кортикостероиды внутрь длительно
- пульс-терапию кортикостероидами
- анихолинестеразные препараты

Диагноз

Обязательными методами инструментального обследования пациентов при подозрении на «острое нарушение мозгового кровообращения» являются

- иммуноглобулин G
- кортикостероиды внутрь длительно
- пульс-терапию кортикостероидами

- анихолинестеразные препараты

Результаты инструментальных методов обследования

Пациенту с предположительным диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения» требуется экстренное определение

- иммуноглобулин G
- кортикостероиды внутрь длительно
- пульс-терапию кортикостероидами
- анихолинестеразные препараты

Результаты лабораторных методов обследования

У пациента, согласно классификации TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment), развился ишемический инсульт

- неизвестного происхождения
- кардиоэмболического подтипа
- лакунарного подтипа
- атеротромботического подтипа

Относительным ограничением для госпитализации пациентов с инсультом в специализированный стационар является

- онкологическое заболевание в анамнезе
- прохождение лечения в другом по профилю стационаре
- терминальная кома
- инвалидность I-II групп

Пациента следует госпитализировать в специализированное отделение

- неотложной кардиологии и кардиохирургии
- нейрохирургии или черепно-мозговой травмы
- интенсивной терапии общего профиля
- для больных с инсультом

Проведение внутривенной тромболитической терапии данному пациенту показано в первые + ___+ часа/часов с момента развития ОНМК

- 4,5
- 3
- 12
- 10

Внутривенное введение рекомбинантного тканевого активатора плазминогена пациентам с ишемическим инсультом старше 18 лет рекомендовано в дозе + _____+ мг/кг массы тела, максимальная доза + _____+ мг

- 0,1 ; 10
- 0,9 ; 90
- 60 ; 6000
- 0,4 ; 40

Если имеются противопоказания к проведению тромболитика, пациенту в первые 24 - 48 часов острейшего периода ишемического инсульта назначают

- комбинацию ацетилсалициловой кислоты 100 мг и клопидогрела 75 мг
- ацетилсалициловую кислоту в дозе 325 мг
- клопидогрел в дозе 75 мг или 300 мг
- подкожные инъекции низкомолекулярных гепаринов

Для вторичной профилактики инсульта пациенту будет рекомендован прием

- ацетилсалициловой кислоты и дипиридамола
- пероральных антикоагулянтов
- низкомолекулярных гепаринов
- ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела

Объективную оценку тяжести инсульта проводят по шкале

- ацетилсалициловой кислоты и дипиридамола
- пероральных антикоагулянтов
- низкомолекулярных гепаринов
- ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 56 лет обратился за консультацией к врачу-неврологу в поликлинике.

Жалобы

На нарастающую слабость в ногах, больше в левой, затруднения при ходьбе.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 10 месяцев, когда появилась и стала нарастать слабость в левой ноге, позже присоединилась слабость в правой ноге, затруднения при ходьбе. Отметил генерализованные – на конечностях и туловище – безболезненные мышечные подергивания. Похудел примерно на 6 кг.

Анамнез жизни

Аллергоанамнез не отягощен. Профессиональных вредностей не имеет. Хронических заболеваний нет. Неврологические заболевания у родственников отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 77 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Менингеальных и общемозговых симптомов нет. Черепные нервы: легкая гипотрофия и фасцикуляции в мышцах языка. Оживлен нижнечелюстной рефлекс. Нижний парапарез: до 3 баллов в левой ноге, 4 баллов в правой ноге, более выраженный в дистальных мышцах. Степпаж при ходьбе слева. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, рефлексогенные зоны расширены, с ног снижены.

Двусторонний кистевой симптом Тремнера. Патологических стопных знаков нет. Выявляются генерализованные – на конечностях, туловище – спонтанные и вызванные фасцикуляции. Гипотрофии мышц ног, больше левой, легкая гипотрофия левой кисти. Чувствительных, координаторных, тазовых расстройств нет.

Симптомами поражения центрального мотонейрона у больного являются оживление сухожильных рефлексов с рук и

- патологические рефлексы с рук
- генерализованные спонтанные фасцикуляции
- ступаж при ходьбе
- отсутствие нижнечелюстного рефлекса
- чувствительные нарушения
- гипотрофии мышц конечностей и кисти

Симптомами поражения периферического мотонейрона у больного являются мышечные гипотрофии конечностей, ступаж при ходьбе и

- оживление мандибулярного рефлекса
- чувствительные нарушения
- оживление сухожильных рефлексов
- нарушение чувствительности в половине языка
- генерализованные фасцикуляции
- отсутствие тазовых расстройств

Для обследования и постановки диагноза пациенту необходимо провести

- оживление мандибулярного рефлекса
- чувствительные нарушения
- оживление сухожильных рефлексов
- нарушение чувствительности в половине языка
- генерализованные фасцикуляции
- отсутствие тазовых расстройств

Результаты обследования

Предполагаемый основной диагноз - это

- оживление мандибулярного рефлекса
- чувствительные нарушения
- оживление сухожильных рефлексов
- нарушение чувствительности в половине языка
- генерализованные фасцикуляции
- отсутствие тазовых расстройств

Диагноз

Симптомами, отрицающими диагноз "Спондилогенная поясничная миелопатия", являются

- слабость, гипотрофия мышц рук
- гипотрофии мышц ног
- слабость мышц ног
- фасцикуляции в мышцах ног

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- нейрохирургического отделения
- дневного стационара
- отделения интенсивной терапии
- амбулаторных

Для больного возможно проведение всех нижеперечисленных методов лечения, кроме

- патогенетического

- симптоматического
- паллиативного
- этиотропного

С целью замедления прогрессирования заболевания больному показано лечение с применением

- копаксона
- рилузола
- метилпреднизолона
- азатиоприна

Для уменьшения слюноотделения при боковом амиотрофическом склерозе используют

- актовегин
- атропин
- кортексин
- прозерин

К показаниям для нутритивной поддержки у пациента с БАС относятся

- развитие крампи
- появление слюнотечения
- наличие трофических нарушений - пролежней
- снижение массы тела более чем на 10%
- снижение жизненной емкости легких
- распространение парезов

К возможным осложнениям БАС у пациента следует отнести развитие

- аспирационной пневмонии
- трофических нарушений
- судорожных припадков
- геморрагического инсульта

Основным клиническим критерием постановки диагноза бокового амиотрофического склероза является наличие признаков прогрессирующего поражения центрального мотонейрона и + _____ + на бульбарном и спинальном уровнях

- аспирационной пневмонии
- трофических нарушений
- судорожных припадков
- геморрагического инсульта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 67 лет поступает в неврологическое отделение многопрофильного стационара.

Жалобы

На нечеткость речи, гнусавость голоса, поперхивание при еде, неловкость в правой руке, мышечные подергивания.

Анамнез заболевания

В течение последних 4-5 месяцев отмечает появление нечеткости речи и слабости в правых конечностях.

Нарушение речи постепенно нарастает, появились нарушения глотания, жидкая пища вытекает через нос. Появились спонтанные мышечные подергивания мышц конечностей. За время болезни похудела на 8 кг.

Анамнез жизни

- * Образование среднее специальное. В настоящее время на пенсии не работает.
- * Страдает гипертонической болезнью, адаптирована к АД 130/80 мм рт.ст. принимает лозап.
- * Неврологические заболевания у родственников отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 158 см, масса тела – 72 кг, ИМТ = 28,8 кг/м². Температура тела 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: В сознании, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Контактна. Речь замедлена, дизартрична. Голос глухой с носовым оттенком. Мягкое небо подвижно, глоточные рефлексы высокие симметричные. Язык атрофичен, отмечаются спонтанные фасцикуляции. Оживлен нижнечелюстной рефлекс. Снижена сила в кистях и стопах до 4 баллов. Сухожильные рефлексы с рук и ног оживлены. Симптом Бабинского с 2 сторон. Гипотрофия мышц кистей и стоп. Множественные спонтанные и вызванные фасцикуляции в мышцах конечностей и туловища. Нарушений чувствительности нет. Координаторных нарушений нет.

Симптомами поражения центрального мотонейрона у больной являются оживление сухожильных рефлексов, нижнечелюстного рефлекса и

- спонтанные фасцикуляции
- гипотрофия мышц кистей и стоп
- гипотрофия мышц языка
- патологические рефлексы Бабинского

Симптомами поражения периферического мотонейрона у больной являются гипотрофия мышц конечностей, языка и

- двусторонний симптом Бабинского
- спонтанные и вызванные фасцикуляции
- оживление нижнечелюстного рефлекса
- оживление сухожильных рефлексов рук и ног

Для обследования и постановки диагноза пациентке необходимо выполнить

- двусторонний симптом Бабинского
- спонтанные и вызванные фасцикуляции
- оживление нижнечелюстного рефлекса
- оживление сухожильных рефлексов рук и ног

Результаты обследования

У больной наиболее вероятен диагноз

- двусторонний симптом Бабинского
- спонтанные и вызванные фасцикуляции
- оживление нижнечелюстного рефлекса
- оживление сухожильных рефлексов рук и ног

Диагноз

Симптомы, имитирующие БАС, могут возникать при

- болезни Паркинсона
- шейной миелопатии
- генерализованной форме миастении
- поясно-конечностной миодистрофии

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в условиях

- реанимационного отделения
- кардиологического отделения
- поликлиники
- хосписа

В терминальной стадии БАС оправдано пребывание пациента в условиях

- дневного стационара
- хосписа
- отделения неврологии
- отделения нейрореанимации

В качестве патогенетической терапии бокового амиотрофического склероза используют

- рилузол
- церебролизин
- L-карнитин
- акатинол мемантин

К возможным осложнениям заболевания у пациентки следует отнести

- когнитивные нарушения
- пролежни
- нарушения дыхания
- судорожные припадки

Наиболее частой причиной смерти больных БАС является

- отек головного мозга
- прогрессирующая дыхательная недостаточность
- почечная недостаточность
- тромбоэмболия легочной артерии

К болезням двигательного нейрона, кроме бокового амиотрофического склероза, относятся

- прогрессирующий бульбарный паралич
- миастения. Генерализованная форма
- поясно-конечностная миодистрофия
- бульбоспинальная амиотрофия Кеннеди

БАС - это + _____ + заболевание нервной системы

- прогрессирующий бульбарный паралич
- миастения. Генерализованная форма
- поясно-конечностная миодистрофия
- бульбоспинальная амиотрофия Кеннеди

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Ш. 33 года доставлена в клинику после генерализованного тонико-клонического судорожного припадка с фокальным началом в виде поворота головы и глаз влево.

Жалобы

На интенсивную головную боль.

Анамнез заболевания

В течение последних 2-х лет у пациентки несколько раз отмечались эпизоды интенсивных пульсирующих головных болей теменно-затылочной локализации, сопровождающиеся мельканием ярких, красочных предметов и ощущением передвижения предметов в левом поле зрения. Последний эпизод был 5 дней назад. Настоящее ухудшение самочувствия развилось внезапно. За несколько часов до припадка пациентка жаловалась на пульсирующую головную боль в правой половине головы, покалывание в левых конечностях.

Анамнез жизни

Не замужем. Работает менеджером в компании по разработке компьютерных программ. Хронические заболевания отрицает. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Аллергический анамнез не отягощён.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. На коже правой половины лица и шеи, левой ягодицы и левой ноги отмечены выраженные ангиоматозные изменения. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 86 уд/мин.

В неврологическом статусе: больная эйфорична, положительные симптомы Бехтерева, Мондонези с двух сторон, ригидность шейных мышц, симптом Кернига, нарушение отведения глаз в стороны, парезов нет, сухожильные рефлексы выше слева, снижен подошвенный рефлекс слева, гемианопсия слева.

Очаговая симптоматика в виде левосторонней гемианопсии, мелькания ярких, красочных предметов и ощущения передвижения предметов в левом поле зрения свидетельствует о локализации очага поражения в + ____ + доле головного мозга

- затылочной
- теменной
- височной
- лобной

Для подтверждения клинического диагноза пациенту необходимо назначить

- затылочной
- теменной
- височной
- лобной

Результаты обследования

Эпизоды интенсивных головных болей теменно-затылочной локализации, сопровождающиеся мельканием ярких, красочных предметов и ощущением передвижения предметов в левом поле зрения в анамнезе у пациентки, вероятнее всего, связаны с наличием

- артерио-венозной мальформации
- амилоидной ангиопатии
- стеноза позвоночных артерий
- разобщенного Виллизиева круга

Для уточнения причины заболевания пациентке необходимо назначить дополнительные инструментальные методы исследования

- артерио-венозной мальформации
- амилоидной ангиопатии
- стеноза позвоночных артерий
- разобщенного Виллизиева круга

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз, с учетом данных дополнительных методов исследования, звучит как + _____ +; Артерио-венозная мальформация

- артерио-венозной мальформации
- амилоидной ангиопатии
- стеноза позвоночных артерий
- разобщенного Виллизиева круга

Диагноз

Пациенту с учетом выставленного диагноза и возможной коррекции лечения основного заболевания необходимо назначить консультацию

- нейрохирурга
- офтальмолога
- хирурга
- кардиолога

С целью коррекции отека мозга и внутричерепной гипертензии пациенту следует назначить + _____ + диуретики

- петлевые
- осмотические
- тиазидные
- калийсберегающие

«Золотым стандартом» в лечении небольших поверхностных артерио-венозных мальформаций является

- эмболизация мальформации
- стентирование мальформации
- хирургическая резекция мальформации
- радиохирургия (лучевая терапия) мальформации

Для профилактики и терапии церебрального ангиоспазма пациенту следует назначить

- блокатор кальциевых каналов - Нимодипин
- ингибитор АПФ - Эналаприл
- петлевой диуретик - Фуросемид
- бета-адреноблокатор - Атенолол

У пациентов молодого возраста ведущими причинами внутричерепных кровоизлияний являются сосудистые аневризмы, артерио-венозные мальформации и

- опухоль головного мозга
- амилоидная ангиопатия
- нарушения свертываемости крови
- артериальная гипертензия

В основе эпизодов сопровождающихся мельканием ярких, красочных предметов и ощущением передвижения предметов в левом поле зрения у пациентки лежат процессы + _____ + природы

- эпилептической
- дегенеративно-дистрофической
- демиелинизирующей
- ишемической

Ключевым элементом патогенеза формирования первичного эпилептического очага в связи с АВМ является

- эпилептической
- дегенеративно-дистрофической
- демиелинизирующей
- ишемической

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д. 64 года госпитализирован по скорой медицинской помощи в связи с внезапным ухудшением состояния, потерей сознания.

Жалобы

На момент осмотра жалоб не предъявляет в связи с тяжестью состояния. Со слов сопровождающих до потери сознания успел пожаловаться на сильную головную боль, тошноту.

Анамнез заболевания

Пациент страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 200/100 мм рт.ст. по поводу чего систематически не лечился. Заболевание развилось внезапно. Пациент пожаловался на сильную головную боль, тошноту. Спустя несколько минут появилась слабость в правых конечностях, упал, потерял сознание.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания у пациента была артериальная гипертензия с подъемами АД до 200/100 мм рт.ст. по поводу чего систематически не лечился, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. Выражены гиперемия и «сальность» лица, инъекция склер. Ожирение. АД 190/110 мм рт.ст., пульс 62 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДД 22 в минуту.

Неврологический статус

Сопор, на тормошение реагирует гримасой боли, болевые раздражения локализует. Симптомы Бехтерева, Мондонеи слева. Грубая ригидность шейных мышц. Положительный симптом Кернига. Анизокория S > D с вялой фотореакцией слева. При проведении окулоцефалических проб – ограничение зрения вправо. Снижен правый корнеальный рефлекс. Сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, при дыхании «парусит» правая щека. Правая стопа ротирована наружу, мышечный тонус и сухожильные рефлексы в правых конечностях снижены. Положительный симптом Бабинского справа.

Предварительным клиническим диагнозом является

- ишемический инсульт
- острая гипертензивная энцефалопатия
- субарахноидальное кровоизлияние
- внутримозговое кровоизлияние

Для подтверждения клинического диагноза пациенту необходимо назначить

- ишемический инсульт
- острая гипертензивная энцефалопатия
- субарахноидальное кровоизлияние
- внутримозговое кровоизлияние

Результаты обследования

Клиническим признаком дислокационного синдрома у пациента является(-ют)ся

- ротация правой стопы кнаружи
- анизокория S>D с вялой фотореакцией слева
- ограничение взора вправо при проведении окулоцефалических проб
- положительные симптомы Бехтерева и Мондонеци слева.

Основным диагнозом с учетом данных дополнительных методов исследования является

- ротация правой стопы кнаружи
- анизокория S>D с вялой фотореакцией слева
- ограничение взора вправо при проведении окулоцефалических проб
- положительные симптомы Бехтерева и Мондонеци слева.

Диагноз

Пациенту с учетом выставленного диагноза и возможной коррекции лечения основного заболевания необходимо назначить консультацию

- офтальмолога
- кардиолога
- нейрохирурга
- хирурга

С целью коррекции отека мозга и внутричерепной гипертензии пациенту следует назначить + ____ + диуретики

- петлевые
- калийсберегающие
- осмотические
- тиазидные

Показанием к хирургическому лечению при геморрагическом инсульте являются кровоизлияние в мозжечок объемом более 10-15 см³, кровоизлияние в таламус с гемотампонадой IV желудочка и

- петлевые
- калийсберегающие
- осмотические
- тиазидные

Для уточнения причины ухудшения состояния пациенту необходимо провести

- петлевые
- калийсберегающие
- осмотические
- тиазидные

Результаты обследования

Противопоказанием к хирургическому лечению является

- мышечный гипертонус
- менингеальный синдром
- коматозное состояние
- анизокория зрачков

Возникшие у пациента периодические спонтанные или спровоцированные прикосновением судороги в виде повышения мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей называются + _____ + судорогами

- горметоническими
- тонико-клоническими
- по типу Джексоновского марша
- фокальными

Ведущей причиной геморрагического инсульта является

- артериальная гипертензия
- стеноз артерий головы
- мерцательная аритмия
- тромбофилическое состояние

В случае геморрагического инсульта по типу внутримозгового кровоизлияния компьютерная томография диагностирует + _____ + участки в

- артериальная гипертензия
- стеноз артерий головы
- мерцательная аритмия
- тромбофилическое состояние

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась к неврологу поликлиники.

Жалобы

Головные боли.

Анамнез заболевания

Последний год беспокоят головные боли стягивающего характера, двухсторонние, средней или легкой интенсивности. Головная боль продолжается в течение целого дня, обычно не мешает выполнять домашнюю работу и не нарушает сон, обычно утром просыпается без болей. За этот период времени характер головных болей никак не изменился, тошноты и рвоты не бывает.

Анамнез жизни

Хронических заболеваний нет. Не курит, алкоголем не злоупотребляет

Работа сидячая, за компьютером. Год назад вышла на работу через год после рождения ребенка, отдав его в ясли. Половину дня работает вне дома и частично берет работу на дом, занимается компьютерной графикой.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 65 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные,

ритмичные, ЧСС 88/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Общемозговых и менингеальных симптомов нет, четкой очаговой симптоматики нет.

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- лабораторный
- клинический
- молекулярно-генетический
- инструментальный

Важным диагностическим критерием данной патологии является

- возникновение головной боли без предвестников
- двусторонняя локализация, сжимающий характер
- наличие признаков вегетативной недостаточности
- наличие тошноты, светобоязни

Предполагаемый основной диагноз

- возникновение головной боли без предвестников
- двусторонняя локализация, сжимающий характер
- наличие признаков вегетативной недостаточности
- наличие тошноты, светобоязни

Диагноз

Сигналами опасности при данной патологии являются

- возникновение после 50 лет, прогрессирующее ухудшение
- двусторонний характер головной боли
- сопутствующая вегетативная симптоматика
- болезненное напряжение мышц при пальпации

Наиболее частым(-и) сопутствующим(-и) симптомами(-ом) при данной патологии являют(-ет)ся

- тревожное расстройство, диссомния
- метаморфопсии, тошнота, рвота
- фото- и фонофобия, тошнота
- ригидность затылочных мышц

Одним из ведущих факторов хронизации головной боли является

- малоподвижный образ жизни
- сопутствующий сахарный диабет
- возраст старше 50 лет
- бесконтрольный прием обезболивающих

Наиболее эффективным способом лечения эпизодов головной боли у пациентки является назначение

- эрготаминов
- стероидов
- триптанов
- НПВП

Препаратом выбора для купирования ГБН является

- ибупрофен
- эрготамин
- суматриптан
- дексаметазон

Препаратами первого выбора в качестве профилактической терапии головной боли у пациентки являются

- нейролептики
- бензодиазепины
- антидепрессанты
- кортикостероиды

При неэффективности или непереносимости препаратов первого выбора показано назначение

- вазоактивных препаратов или ноотропов
- антиконвульсантов или миорелаксантов
- кортикостероидов или антигистаминных
- вазоактивных препаратов или триптанов

Риск абзусной головной боли высок при длительном употреблении НПВП более, чем + ____ + дней в месяц

- 5
- 7
- 15
- 10

В патогенезе хронических головных болей напряжения значительную роль играет(-ют)

- 5
- 7
- 15
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 73 лет поступил в клинику по поводу остро развившейся слабости в конечностях.

Жалобы

На слабость в левых конечностях.

Анамнез заболевания

Найден родственниками лежащим на полу, не мог самостоятельно подняться из-за слабости в левой руке и ноге. Давность заболевания точно установить невозможно. Последний контакт с пациентом по телефону был более 12 часов назад.

Анамнез жизни

В анамнезе у пациента умеренная артериальная гипертензия, ИБС, мерцательная аритмия постоянная форма; сахарный диабет 2 типа, синдром перемежающейся хромоты. В течение последнего года имел место эпизод слабости в правых конечностях в течение 10 минут. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда.

Объективный статус

При поступлении у больного АД 160/90 мм рт.ст., пульс 120-150 в минуту, ритм сердца неправильный, мерцательная аритмия. Снижена пульсация на обеих а. dorsalis pedis.

В легких дыхание жесткое. ЧДД 18 в минуту. Трофические изменения голеней.

Неврологический статус

Состояние средней тяжести. Больной в сознании. Менингеального синдрома нет. Скуловой симптом Бехтерева справа. Обращенную речь понимает, выполняет инструкции. Собственная речь сохранна. Снижен левый корнеальный рефлекс. Парез мимических мышц по центральному типу слева. Девиация языка влево. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 1 балла в руке и 2 баллов в ноге. Сухожильная гиперрефлексия слева. Полная утрата поверхностной чувствительности и суставно-мышечного чувства в левых конечностях. Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлекс орального автоматизма. Обращает внимание недооценка пациентом симптомов заболевания. Считает, что «все в порядке». На задание «Поднимите левую руку» уточняет «Какую именно?». При детальном опросе выясняется, что пациент ощущает три левых руки. Просит подать руку с подоконника, потому что она замерзла.

Имеющаяся у пациента симптоматика в виде ощущения лишних конечностей, иногда даже лежащих на расстоянии, называется

- псевдополиимелией
- анозогнозией
- астереогнозом
- апраксией

Неврологическая симптоматика, имеющаяся у пациента, характерна для поражения + _____ + доли головного мозга

- правой височной
- левой лобной
- правой лобной
- правой теменной

Для постановки диагноза пациенту необходимо выполнить

- правой височной
- левой лобной
- правой лобной
- правой теменной

Результаты обследования

Выявленные изменения на компьютерной томограмме в виде гиподенсивного очага в бассейне кровоснабжения правой средней мозговой артерии можно трактовать как очаг

- опухолевого роста
- демиелинизации
- кровоизлияния
- ишемии

Для уточнения патогенетического варианта заболевания необходимо провести лабораторную диагностику, эхокардиографию и

- опухолевого роста
- демиелинизации
- кровоизлияния
- ишемии

Результаты обследования

Основным диагнозом с учетом данных дополнительных методов обследования является + _____ +. Артериальная гипертензия. ИБС, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия постоянная форма. Сахарный диабет 2 типа

- опухолевого роста
- демиелинизации
- кровоизлияния
- ишемии

Диагноз

С учетом выявленных изменений у пациента диагностирован + _____ + патогенетический вариант заболевания

- лакунарный
- неуточнённый
- атеротромботический
- кардиоэмболический

Терапевтическим окном для тромболитической терапии являются первые + _____ + часа/часов от развития инсульта

- 6
- 5
- 8
- 4,5

В острейший период ишемического инсульта АД должно поддерживаться на цифрах выше оптимальных для пациента: систолическое АД на + ___ + мм рт.ст. и диастолическое на + ___ + мм.рт ст.

- 20-30; 10-15
- 5-10; 5-10
- 25-40; 15-20
- 15-25; 5-10

Абсолютным показанием к назначению инсулинов короткого действия у пациентов с инсультом считают содержание глюкозы крови + ___ + ммоль/л

- >8
- >6
- ≥10
- >9

Целевой уровень холестерина ЛПНП при терапии статинами для профилактики повторного ишемического инсульта составляет + _____ + ммоль/л

- 5,6
- 3,8
- 2,8
- 1,8

С целью снижения повышенного внутричерепного давления у пациента с ишемическим инсультом показано применение

- 5,6

- 3,8
- 2,8
- 1,8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии.

Жалобы

На повышение температуры до 38,6°C, общую слабость, сонливость, выраженную диффузную головную боль, тошноту, боли в мышцах и суставах, приступ с потерей сознания, судорогами в конечностях.

Анамнез заболевания

Заболел остро, накануне обращения за медицинской помощью – отмечался выраженный озноб, головная боль, боли в мышцах – на фоне повышения температуры до 38,5°C.

При опросе выяснилось, что за неделю до заболевания пациент вернулся из отпуска, который провел на Алтае в лесной местности.

Анамнез жизни

- * До настоящего заболевания был практически здоров;
- * перенес аппендэктомию в возрасте 10 лет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. Обращает внимание инъекция сосудов склер и конъюнктив, гиперемия лица, шеи и верхней половины туловища, выраженная гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. Температура тела 38,6°C, АД 130/80 мм рт.ст., пульс 88 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДД 24 в минуту.

Неврологический статус

Уровень сознания – оглушение. Светобоязнь. Положительные симптомы Бехтерева, Кернига. Ригидность затылочных мышц. Анизокории нет, реакция на свет сохранена. Сглажена правая носогубная складка. Нарушено глотание, поперхивается, особенно жидкой пищей, гнусавый оттенок голоса. Небный и глоточный рефлексы не вызываются. Отмечается девиация языка вправо, фасцикулярные подергивания в мышцах языка. Парезов нет. Сухожильные рефлексы живые, D = S. Выявляется слабость мышц шеи. Не может удерживать голову ровно, голова свисает вперед. Фибриллярные подергивания в трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцах. Не может поднять плечи выше горизонтальной линии (пожать плечами). Нарушений чувствительности и тазовых расстройств нет.

У пациента выявлены неврологические синдромы: общемозговой, менингеальный и

- псевдобульбарный
- полушарный
- бульбарный
- мозжечковый

Фибриллярные подергивания в трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцах связаны с поражением ядер + ____ + пары черепных нервов

- VII
- XI
- X
- IX

Заболевание пациента, предположительно, относится к группе

- сосудистых
- демиелинизирующих
- дегенеративных
- инфекционных

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относят

- сосудистых
- демиелинизирующих
- дегенеративных
- инфекционных

Результаты лабораторных методов обследования

С целью определения степени тяжести поражения головного мозга проводят

- сосудистых
- демиелинизирующих
- дегенеративных
- инфекционных

Результаты обследования

С учетом клиники и данных дополнительных методов обследования, выставляется диагноз

- сосудистых
- демиелинизирующих
- дегенеративных
- инфекционных

Диагноз

Форма заболевания с учетом клинической картины соответствует

- менинго-энцефало-полиомиелитической
- лихорадочно-полиомиелитической
- лихорадочной
- менингоэнцефалитической

Этиотропное лечение данного заболевания включает применение

- антибиотиков фторхинолонового ряда
- специфического противоклещевого иммуноглобулина
- антибиотиков цефалоспоринового ряда
- глюкокортикостероидной терапии

Этиотропное лечение также включает применение противовирусных препаратов (рибонуклеазы, рибавирина) и

- препаратов интерферона
- анксиолитиков
- ноотропных препаратов
- препаратов леводопы

Патогенетическое лечение включает применение дезинтоксикационной терапии, НПВС, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и мозговое кровообращение, а также

- ингибиторов ацетилхолинэстеразы
- дегидратационной терапии
- блокаторов кальциевых каналов
- витаминов группы В

При быстро прогрессирующей клинике отека мозга рекомендовано назначение

- петлевых диуретиков
- тиазидных диуретиков
- калийсберегающих диуретиков
- глюкокортикоидов

Возможными серьезными осложнениями в острую стадию заболевания являются: тяжелый отек головного мозга, эпилептический синдром и

- петлевых диуретиков
- тиазидных диуретиков
- калийсберегающих диуретиков
- глюкокортикоидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Р. 20 лет обратилась на консультацию к неврологу.

Жалобы

На приступы интенсивной пульсирующей боли, чаще в левой половине головы, продолжительностью от 6 до 72-х часов, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, чрезмерным восприятием звуков и света.

Анамнез заболевания

Страдает приступами головной боли с 16-летнего возраста, когда впервые появились приступы пульсирующей головной боли в половине головы, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, повышенным восприятием света и звука. Перед приступом за день чувствовала тяжесть в голове, менялось настроение. Приступы были редкие, помогал аспирин. В последние годы частота приступов увеличилась до одного раза в два-три месяца. Приступ провоцируется употреблением красного вина, шоколада, цитрусовых. Интенсивность головной боли описывается как «нестерпимая», сопровождается тошнотой, иногда рвотой, анальгетиками купируется плохо. Продолжительность приступа от 6 до 72-х часов. В связи с плохой эффективностью приёма анальгетиков для купирования приступов и высокой частотой обратилась за консультацией к неврологу.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. АД 100/70 мм рт.ст., ЧСС 82 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные гипергидроз и акроцианоз ладоней и стоп. Вес 55 кг, рост 158 см. Температура тела 36,7°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание и стул в норме.

Неврологический статус: Лицо симметрично, движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Язык по средней линии. Парезов в конечностях нет. Рефлексы сухожильные и периостальные живые, равномерные. Патологических рефлексов нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполнила удовлетворительно. Менингеальных симптомов нет.

Диагностика характера головной боли в данном случае является

- клинической
- рентгенологической
- ультразвуковой
- лабораторной

Предполагаемый основной диагноз

- клинической
- рентгенологической
- ультразвуковой
- лабораторной

Диагноз

Головная боль при мигрени носит + _____ + характер

- распирающий
- сжимающий
- давящий
- пульсирующий

Для мигрени характерна + _____ + локализация головной боли

- затылочная
- лобная
- двусторонняя
- односторонняя

К осложнениям мигрени относят

- гемиплегическую мигрень
- мигренозный инфаркт
- мигрень со стволовой аурой
- диссекцию сонной артерии

В качестве патогенетической терапии для купирования приступа мигрени назначают

- антигистаминные препараты
- диуретики
- вазоактивные препараты
- агонисты серотониновых рецепторов

Для оценки эффективности анальгетиков или НПВП при приступе мигрени препарат нужно использовать как минимум в течение + ____ + приступа/ов

- 3
- 8
- 5
- 1

В качестве симптоматической терапии при тошноте и рвоте дополнительно назначают

- ибупрофен
- ипидакрин
- метоклопрамид
- мидокалм

Минимальным вазоконстрикторным действием и наибольшей кардиобезопасностью из всех триптанов обладает

- золмитриптан
- суматриптан
- наратриптан
- элетриптан

Для оценки эффективности профилактической терапии необходимо использовать препарат в течение не менее + ____ + месяцев

- 12
- 4
- 3
- 6

В детском возрасте часто предшествует/ют мигрени

- ночные страхи и снохождение
- бруксизм и сноговорение
- синдром циклической рвоты
- фебрильные судороги

Комбинация типичной зрительной ауры с признаками дисфункции ствола мозга характерна для мигрени

- ночные страхи и снохождение
- бруксизм и сноговорение
- синдром циклической рвоты
- фебрильные судороги

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 37 лет госпитализирована в неврологический стационар в связи с нечеткостью зрения и нарушением ходьбы.

Жалобы

На неустойчивость при ходьбе, слабость в ногах и ощущение пелены перед глазами.

Анамнез заболевания

Впервые нечеткость зрения возникла внезапно около 3 лет назад. Было ощущение "снега, мелькающего перед глазами". Кроме того, беспокоило несистемное головокружение и некоторая неустойчивость при ходьбе. К врачу не обращалась и, спустя несколько недель, симптоматика самостоятельно регрессировала. Через год внезапно развилась слабость в ногах. В тот же период отметила «появление пятна перед левым глазом». Окулистом были обнаружены центральная скотома в левом поле зрения и побледнение височных половин дисков обоих зрительных нервов. После стационарного лечения симптоматика в значительной мере регрессировала (какие препарат применяли в стационаре пациентка не помнит). В последнее время отметила неустойчивость при ходьбе.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Горизонтальный и вертикальный нистагм. В руках – сила 5 баллов, сухожильные рефлексы средней живости. Нижний спастический парализ со снижением мышечной силы до 4 баллов. Сухожильные рефлексы на ногах высокие с расширением рефлексогенных зон, клонусы стоп с двух сторон. Патологические стопные рефлексы. Чувствительных нарушений нет. Интенционный тремор, больше справа. Дисдиадохокinesis. В позе Ромберга с открытыми глазами пошатывается. Походка атактическая.

У пациентки выявлены синдромы поражения

- таламуса, шейного утолщения спинного мозга
- спинного мозга, мозжечка, ствола мозга
- таламуса, коры головного мозга, варолиева моста
- таламуса, внутренней капсулы, мозолистого тела

Лабораторным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- таламуса, шейного утолщения спинного мозга
- спинного мозга, мозжечка, ствола мозга
- таламуса, коры головного мозга, варолиева моста
- таламуса, внутренней капсулы, мозолистого тела

Результаты лабораторного метода обследования

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- таламуса, шейного утолщения спинного мозга
- спинного мозга, мозжечка, ствола мозга
- таламуса, коры головного мозга, варолиева моста
- таламуса, внутренней капсулы, мозолистого тела

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемый клинический диагноз

- таламуса, шейного утолщения спинного мозга
- спинного мозга, мозжечка, ствола мозга
- таламуса, коры головного мозга, варолиева моста
- таламуса, внутренней капсулы, мозолистого тела

Диагноз

Согласно клиническим критериям Макдональда, для диагностики рассеянного склероза необходимо наличие не менее + ___ + обострений, длящихся + _____ +, появление очагов разделено во времени периодом + _____ + месяца(-ев)

- 2; более 21 суток и клинические данные о 2 очагах; не менее 3
- 2; не менее 24 ч; не менее 1
- 5; более 7-ми суток и клинические данные о 3 очагах; не менее 6
- 2; менее 1 часа и клинические данные о 2 очагах; менее 1

В качестве патогенетической терапии больным с рассеянным склерозом назначают

- интерфероны бета
- противовирусные препараты
- глюкокортикостероиды
- антибиотики

При обострении рассеянного склероза средствами выбора являются

- моноклональные антитела
- вазоактивные средства
- интерфероны бета
- глюкокортикостероиды

К препаратам «второй линии» ПИТРС терапии рассеянного склероза относят

- диметилфумарат
- дексаметазон
- терифлуноид
- натализумаб

К препаратам «первой линии» ПИТРС терапии наряду с интерферонами бета относят

- финголимод
- глатирамера ацетат
- митоксантрон
- алемтузумаб

Основным нежелательным явлением терапии препаратами интерферона бета при рассеянном склерозе является(-ются)

- гриппоподобный синдром
- атрио-вентрикулярная блокада
- локальные липоатрофии в местах инъекций
- мультифокальная лейкоэнцефалопатия

Рассеянный склероз является + _____ + заболеванием нервной системы

- инфекционным
- аутоиммунным
- сосудистым
- наследственным

К типам течения рассеянного склероза относят

- инфекционным
- аутоиммунным
- сосудистым
- наследственным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 25 лет госпитализирована в неврологический стационар в связи с нечеткостью зрения и нарушением ходьбы.

Жалобы

На ощущение пелены перед глазами, ощущение «электрического тока» вдоль позвоночника при наклоне головы вперед, неустойчивость при ходьбе.

Анамнез заболевания

Впервые снижение остроты зрения возникла внезапно около 1,5 лет назад. Кроме того, беспокоила некоторая неустойчивость при ходьбе. Спустя 2 недели симптоматика самостоятельно регрессировала. Через 7 месяцев отметила появление «пятна» перед левым глазом. При осмотре окулистом была обнаружена центральная скотома в левом поле зрения. Через неделю «пятно» исчезло. Последнее обострение возникло месяц назад после простудного заболевания. Пациентка отметила ощущение прохождения «электрического тока» вдоль позвоночника при наклоне головы вперед, неустойчивость при ходьбе, к этим симптомам в последние дни присоединилась слабость в ногах.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 57 кг, рост 164 см. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 12/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Неврологический статус

Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Сухожильные рефлексы на ногах высокие с расширением рефлексогенных зон. Патологические стопные рефлексы. Снижение вибрационной и проприоцептивной чувствительности в ногах. Интенционный тремор при выполнении координаторных проб. Легкая дисметрия, дисдиадохокinesis с двух сторон. В позе Ромберга неустойчива с открытыми, при закрывании глаз пошатывание усиливается. Походка атактическая. При осмотре окулистом обнаружено побледнение височных половин дисков зрительных нервов.

Ощущение прохождения «электрического тока» вдоль позвоночника при наклоне головы вперед у пациентки называется

- симптомом Лермитта
- синдромом Броун-Секара
- сенситивной атаксией
- симптомом «мокрой тряпки»

Лабораторным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является исследование

- симптомом Лермитта
- синдромом Броун-Секара
- сенситивной атаксией
- симптомом «мокрой тряпки»

Результаты лабораторного метода обследования

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- симптомом Лермитта
- синдромом Броун-Секара

- сенситивной атаксией
- симптомом «мокрой тряпки»

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым клиническим диагнозом является

- симптомом Лермитта
- синдромом Броун-Секара
- сенситивной атаксией
- симптомом «мокрой тряпки»

Диагноз

Развитие межъядерной офтальмоплегии, часто встречаемой при рассеянном склерозе, обусловлено

- поражением медиального продольного пучка
- поражением коры затылочной доли головного мозга
- двусторонним поражением отводящих нервов
- односторонним поражением глазодвигательного нерва

В качестве патогенетической терапии больным с рассеянным склерозом назначают терапию

- антибактериальную
- антигистаминную
- интерферонами бета
- глюкокортикостероидами

При тяжёлом обострении рассеянного склероза, не купирующемся глюкокортикостероидами, можно применить

- переливание крови
- антибиотики
- плазмаферез
- гипербарическую оксигенацию

К препаратам «второй линии» ПИТРС терапии рассеянного склероза относят

- глатирамера ацетат
- финголимод
- метилпреднизолон
- интерфероны бета

К препаратам «первой линии», наряду с интерферонами бета, относят

- метилпреднизолон
- натализумаб
- глатирамера ацетат
- митоксантрон

При неэффективности 1 и 2 линии ПИТРС используют

- вакцину Маргулиса
- цитостатики
- человеческий IgG
- гипербарическую оксигенацию

В основе рассеянного склероза лежит разрушение + _____ + центральной нервной системы

- астроцитов
- миелина
- синаптических связей
- оболочек

Одним из типов течения рассеянного склероза является

- астроцитов
- миелина
- синаптических связей
- оболочек

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Л. 27 лет госпитализирована в неврологический стационар в связи с нарушением координации и слабости в ногах.

Жалобы

На неловкость в руках, слабость в ногах и затруднение при ходьбе.

Анамнез заболевания

Около 6 лет назад без видимой причины внезапно появилась слабость в правой ноге, нарушилась походка. Через месяц симптоматика регрессировала. Однако через год подобный эпизод повторился. Лечилась витаминами, антиагрегантами с хорошим восстановлением. Ещё через год внезапно ухудшилось зрение на один глаз. Длительно лечилась в глазной клинике по поводу ретробульбарного неврита, применялось парабульбарное введение дексаметазона. Зрение полностью восстановилось. Ещё через два года появилось пошатывание при ходьбе. Лечилась амбулаторно, вновь получала витамины и антиагреганты. Состояние значительно улучшилось. Неделю назад отметила неловкость в руках, слабость в ногах, нарушилась походка. Между периодами обострений болезни нарастания неврологической симптоматики не отмечалось.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально, родилась вторым ребенком от здоровых родителей;
- * хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * детей нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 63 кг, рост 172 см. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 65/мин, АД 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус

Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Горизонтальный нистагм при взгляде в стороны. Лицевая мускулатура симметрична, мимические пробы выполняет хорошо. Глотание и фонация в норме. Мышечная сила в руках сохранена, тонус в них не изменён. В ногах мышечная сила снижена до 3 баллов, тонус повышен по спастическому типу. Сухожильные рефлексы на руках и ногах высокие с расширением рефлексогенных зон, клонусы стоп, патологические стопные рефлексы с двух сторон. Чувствительных нарушений нет. Дисметрия, интенционный тремор в руках. В позе Ромберга неустойчива как с открытыми, так и с закрытыми глазами. Походка спастико-атактическая.

В настоящее время у пациентки имеются симптомы, указывающие на поражение

- центрального мотонейрона и мозжечка
- периферического мотонейрона и зрительного нерва
- зрительного бугра и отводящего нерва
- теменной доли и глазодвигательного нерва

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- центрального мотонейрона и мозжечка
- периферического мотонейрона и зрительного нерва
- зрительного бугра и отводящего нерва
- теменной доли и глазодвигательного нерва

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым клиническим диагнозом является

- центрального мотонейрона и мозжечка
- периферического мотонейрона и зрительного нерва
- зрительного бугра и отводящего нерва
- теменной доли и глазодвигательного нерва

Диагноз

У данной пациентки тип течения заболевания является

- вторично-прогрессирующим с обострениями
- рецидивирующе-ремиттирующим
- первично-прогрессирующим
- вторично-прогрессирующим без обострений

Признаком диссеминации процесса во времени, по данным МРТ, является

- выявление новых очагов, накапливающих контраст, при сравнении с исходной томограммой
- наличие 3 и более перивентрикулярных очагов в T2
- наличие 1 и более инфратенториальных очагов в T2
- большая площадь очагов в T2

Препаратом первой линии ПИТРС при рассеянном склерозе является

- натализумаб
- митоксантрон
- финголимод
- интерферон бета -1b

ПИТРС первой линии могут ухудшить течение

- панэнцефалита
- оптикомиелита
- энцефаломиелита
- рассеянного склероза

К препаратам второй линии ПИТРС относят

- глатирамера ацетат

- интерфероны бета
- финголимод
- диметил-фумарат

Для уменьшения спастичности пациентке следует назначить

- депакин
- тизанидин
- интерферон альфа
- толтеродин

Рассеянный склероз является + _____ + заболеванием нервной системы

- дисметаболическим
- аутоиммунным
- инфекционным
- наследственным

Рассеянный склероз чаще всего дебютирует в возрасте + _____ + лет

- после 60
- 45-60
- 20-50
- 5-10

К зоне высокого риска развития рассеянного склероза относят

- после 60
- 45-60
- 20-50
- 5-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина в возрасте 52 лет с частыми приступами на фоне противоэпилептической терапии.

Жалобы

На приступы, начинающиеся с ощущения поднимающегося вверх из эпигастральной области чувства дискомфорта в течение 10-15 секунд, после чего пациентка застывает и видит большого черного кота.

Анамнез заболевания

Подобные приступы возникают у пациентки с 9 лет. Диагноз эпилепсии впервые был поставлен в возрасте 20 лет, получала вальпроевую кислоту, однако из-за побочных эффектов самостоятельно прекратила принимать препарат. Терапия габапентином, этосуксепидом и фенитоином была не эффективной. С 30 лет получает карбамазепин 1600 мг/сут и ламотриджин 300 мг/сут, на фоне приема которых уменьшилась частота приступов, однако пациентка постоянно чувствует сильную усталость и сонливость. Последняя ЭЭГ проводилась 7 лет назад, была выявлена медленная диффузная волновая активность. В течение последнего года отмечает учащение приступов до 4-5 в месяц. Пациентка узнала о возможности оперативного лечения эпилепсии, в связи с чем обратилась к неврологу.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекции, в детском возрасте отмечались фебрильные судороги;

- * вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * трудовой анамнез: в настоящее время работает бухгалтером;
- * профессиональные вредности: отсутствуют;
- * аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает;
- * наследственный анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 77/мин, АД 130/72 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Неврологический статус: сознание ясное; менингеальные симптомы отсутствуют. ЧМН: без патологии.

Мышечная сила в руках и ногах – 5 баллов, объем движений не ограничен. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D=S, живые. Мышечный тонус: D=S. Симптом Бабинского отрицательный. Рефлексы орального автоматизма: отсутствуют. Координация движений: пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено.

Тазовые функции: контролирует.

У пациентки развился + _____ + эпилептический приступ

- сложный парциальный
- вторично-генерализованный
- простой парциальный
- первично-генерализованный

Эпилептический приступ у пациентки связан с поражением + _____ + доли

- затылочной
- височной
- лобной
- теменной

Клинической формой эпилептического приступа является

- цингулярный
- дорсолатеральный
- латеральный (неокортикальный)
- амигдало-гиппокампальный

Недостаточная эффективность противоэпилептической терапии связана с

- нарушением схемы приема терапии
- фармакорезистентностью
- несоблюдением режима терапии
- неправильным выбором препарата

Для постановки диагноза необходимо проведение

- нарушением схемы приема терапии
- фармакорезистентностью
- несоблюдением режима терапии
- неправильным выбором препарата

Результаты обследования

Учитывая нормальную ЭЭГ, пациентке необходимо проведение

- рентгенографии костей черепа

- исследования вызванных потенциалов
- видео-ЭЭГ-мониторинга
- транскраниальной магнитной стимуляции

Необходимым для постановки диагноза дополнительным методом обследования является

- рентгенографии костей черепа
- исследования вызванных потенциалов
- видео-ЭЭГ-мониторинга
- транскраниальной магнитной стимуляции

Результаты обследования

Эпилептический приступ необходимо дифференцировать с

- психическим заболеванием
- гипоксической энцефалопатией
- синдромом Туретта
- болезнью Альцгеймера

Пациентке показано

- назначение этосуксемида
- увеличение дозы ламотриджина
- увеличение дозы карбамазепина
- хирургическое лечение

В рамках предоперационного обследования необходимо проведение

- транскраниальной магнитной стимуляции
- транскраниальной доплерографии
- рентгенографии черепа
- Вада-теста (определения доминантного полушария)

К политерапии следует прибегать при

- наличии более трех приступов в месяц
- выявлении генерализованной эпилептической активности на ЭЭГ
- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии

В качестве исходной монотерапии при парциальных приступах следует использовать

- наличия более трех приступов в месяц
- выявлении генерализованной эпилептической активности на ЭЭГ
- несоблюдении пациентом режима монотерапии
- недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 года обратился на прием к неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На онемение, ползание мурашек, жгучие и стреляющие боли в правой стопе, усиливающиеся при прикосновении.

Анамнез заболевания

Боли на протяжении нескольких месяцев, после перенесенной травмы правой стопы и наложения гипсовой повязки для иммобилизации. Болевой синдром появился через 7 дней после наложения повязки и сохранился после прекращения иммобилизации.

Анамнез жизни

* На протяжении нескольких лет отмечает колебания артериального давления, специально не обследовался, лечения не получал;

* курит, имеет нерегулярную физическую активность.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст., пульс 76 в минуту, ритм правильный. При осмотре выявляется слабость мышц правой стопы и до 3-х баллов с ограничением тыльного разгибания, отек, гиперемия кожи правой стопы. Интенсивность болевого синдрома 7 баллов по ВАШ. Рефлексы сохранены. Отмечается гиперестезия и аллодиния по тыльной поверхности правой стопы.

Болевой синдром следует расценить как

- генерализованный
- ноцицептивный
- невропатический
- дискогенный

К клиническим признакам невропатической боли относят

- стреляющие боли
- отраженную боль
- снижение мышечной силы
- ноющие боли

Для верификации невропатического характера боли требуется

- клиническое исследование
- электроэнцефалограмма
- рентгенография
- исследование ноцицептивного флексорного рефлекса

Причиной боли по данным клинического обследования является

- клиническое исследование
- электроэнцефалограмма
- рентгенография
- исследование ноцицептивного флексорного рефлекса

Диагноз

При невропатической боли диагностическим опросником является

- Болевой опросник Макгилл
- MMSE
- Mini-Cog
- DN 4

При комплексном регионарном болевом синдроме характерным является

- ослабление боли при движении
- ослабление боли при пальпации
- ноющая боль
- дистрофическое изменение кожи

В лечении пациента следует использовать

- антидепрессанты
- ноотропные средства
- метаболические препараты
- хондропротекторы

В качестве второй линии терапии у пациента с комплексным регионарным болевым синдромом следует использовать

- вальпроевая кислота
- габапентин
- карбамазепин
- флуоксетин

Дополнительно в качестве лечения комплексного регионарного болевого синдрома пациенту можно назначить

- нейролептики
- нестероидные противовоспалительные средства
- ноотропные препараты
- β -адреноблокаторы

В лечении комплексного регионарного болевого синдрома также используют

- миорелаксанты
- ноотропные препараты
- пластырь с НПВП
- преднизолон

К расстройствам, коморбидным невропатической боли, относится

- расстройство сна
- ортостатическая гипотензия
- головокружение
- артериальная гипертензия

К расстройствам, ухудшающим качество жизни пациентов с невропатической болью, относится

- расстройство сна
- ортостатическая гипотензия
- головокружение
- артериальная гипертензия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась на прием к неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На колющие, жгучие и стреляющие боли в левой кисти, усиливающиеся при прикосновении.

Анамнез заболевания

Боли на протяжении нескольких месяцев, после перенесенной травмы левой кисти и наложения гипсовой повязки для иммобилизации. Болевой синдром появился через 2 дня после наложения повязки и сохранился после прекращения иммобилизации.

Анамнез жизни

* На протяжении нескольких лет отмечает колебания артериального давления, специально не обследовалась, лечения не получала;

* курит, имеет нерегулярную физическую активность.

Объективный статус

Пациентка в ясном сознании. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16 в мин, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 68 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

При осмотре выявляется слабость мышц левой кисти и предплечья до 3-х баллов с невозможностью тыльного разгибания, отек, побледнение кожи левой кисти. Интенсивность болевого синдрома 6 баллов по ВАШ.

Рефлексы сохранены. Отмечается гиперестезия и аллодиния по тыльной поверхности левой кисти.

Координаторных нарушений нет, тазовые функции контролирует.

Болевой синдром следует расценить как

- невропатический
- ноцицептивный
- психогенный
- дисфункциональный

К клиническим признакам невропатической боли относят

- отраженную боль
- жгучие боли
- снижение мышечной силы
- ноющие боли

Для верификации невропатического характера боли требуется

- компьютерная томография
- исследование мигательного рефлекса
- исследование вызванных потенциалов
- клиническое исследование

Причиной боли по данным клинического обследования является

- компьютерная томография
- исследование мигательного рефлекса
- исследование вызванных потенциалов
- клиническое исследование

Диагноз

При невропатической боли диагностическим опросником является

- pain DETECT
- MMSE
- Mini-Cog
- Болевой опросник Макгилл

При комплексном регионарном болевом синдроме характерными являются

- вегетативные нарушения
- давящие боли
- ноющие боли
- тянущие боли

В лечении пациентки следует использовать

- метаболические препараты
- нестероидные противовоспалительные средства
- антиконвульсанты
- ноотропные средства

Ко второй линии терапии комплексного регионарного болевого синдрома относят

- вальпроевую кислоту
- трициклические антидепрессанты
- карбамазепин
- флуоксетин

Дополнительно в качестве лечения комплексного регионарного болевого синдрома пациентке можно назначить

- регионарные блокады симпатических ганглиев
- нестероидные противовоспалительные средства
- нейролептики
- ноотропные препараты

В лечении комплексного регионарного болевого синдрома также используют

- ноотропные препараты
- пластырь с НПВП
- преднизолон
- миорелаксанты

К расстройствам, коморбидным невропатической боли, относится

- артериальная гипертензия
- ортостатическая гипотензия
- головокружение
- расстройство сна

К расстройствам, ухудшающим качество жизни пациентов с невропатической болью, относится

- артериальная гипертензия
- ортостатическая гипотензия
- головокружение
- расстройство сна

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 23 лет по каналу СМП доставлен в городскую больницу в неврологическое отделение.

Жалобы

На нечеткие, «странные» ощущения поднимающегося вверх из эпигастральной области, сопровождающиеся замиранием, движениями пальцев левой руки, произвольным, устойчивым сокращением мышц левой кисти.

Анамнез заболевания

Подобные приступы у пациента возникают около 1 раза в полгода в течение последних 3 лет, за медицинской помощью не обращался, терапию не получал. В начале пациент ощущает ощущения «подъема» из эпигастральной области, после чего пациент замирает, начинает перебирать пальцами левой руки, а мышцы левой кисти сокращаются и произвольно принимают вычурную позу. В момент приступа контакт с пациентом невозможен. В течение последней недели пациент спал около 4 часов в сутки (готовился к сессии). Настоящий приступ возник в университете, окружающие вызвали бригаду СМП и пациент был госпитализирован в неврологическое отделение.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: в детском возрасте отмечались судороги на фоне высокой температуры
- * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * Трудовой анамнез: студент, в настоящее время не работает
- * Профессиональные вредности: отсутствуют
- * Аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает
- * Наследственный анамнез: неотягощен.

Объективный статус

Температура тела 36,7°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 120/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Неврологический статус: сознание ясное; менингеальные симптомы отсутствуют. Пациент доступен вербальному контакту. Ориентирован вместе, времени и собственной личности. Афазии, агнозии, апраксии нет. Психотической симптоматики нет. Глазные щели равные (D = S). Движения глазных яблок в полном объеме. Форма и величина зрачков одинаковы на обоих глазах (D = S), зрачки округлой формы. Прямая и содружественная фотореакции живые, одинаковые (OD = OS). Реакция при конвергенции и аккомодации сохранена. Акт конвергенции не нарушен. Нистагма нет. Роговичные рефлексы сохранены, расстройств чувствительности на лице нет. Вкус сохранен. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мягкое небо фонировано. Фокация и глотание не нарушены. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в руках и ногах – 5 баллов, объем движений не ограничен. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D = S, живые. Мышечный тонус: D = S. Симптом Бабинского отрицательный. Рефлексы орального автоматизма: отсутствуют. Координация движений: пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Тазовые функции контролирует.

У пациента + _____ + тип эпилептического приступа

- вторично-генерализованный
- простой парциальный
- первично-генерализованный
- сложный парциальный

Эпилептический приступ у пациента связан с поражением + _____ + доли

- теменной

- лобной
- затылочной
- височной

Определяется + _____ + клиническая форма эпилептического приступа

- латеральная (неокортикальная)
- дорсолатеральная
- амигдало-гиппокампальная
- цингулярная

Для постановки диагноза пациенту необходимо проведение

- латеральная (неокортикальная)
- дорсолатеральная
- амигдало-гиппокампальная
- цингулярная

Результаты обследований

При нормальной ЭЭГ дополнительным методом обследования следует считать

- диффузионно-тензорную магнитно-резонансную томографию
- электроэнцефалографию (ЭЭГ) с использованием функциональных проб
- позитронно-эмиссионную томографию с применением специфического лиганда F18-флюородопа
- время-пролетную МР-ангиографию

Эпилептический приступ необходимо дифференцировать с

- панической атакой
- болезнью Альцгеймера
- гипоксической энцефалопатией
- синдромом Туретта

Пациенту следует избегать

- курения
- употребления поваренной соли
- длительных авиаперелетов
- недосыпания

В качестве стартовой терапии пациенту необходимо назначить + _____ + лекарственный(-ых) препарат(-а)

- четыре
- три
- один
- два

В качестве исходной терапии следует применить

- этосуксемид
- карбамазепин
- прегабалин
- руфинамид

В качестве препарата дополнительной терапии следует использовать

- топирамат
- прегабалин
- вальпроевую кислоту
- карбамазепин

Фармакорезистентность считают установленной при

- отсутствии эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии и в комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствии эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии в максимально переносимых дозах
- отсутствии эффекта при применении препаратов второго ряда в комбинации в максимально переносимых дозах
- несоблюдении пациентом режима противоэпилептической терапии из-за беспокойства относительно побочных эффектов

Титрацию дозы карбамазепина у взрослых начинают с дозировки + _____ + мг/сут

- отсутствии эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии и в комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствии эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии в максимально переносимых дозах
- отсутствии эффекта при применении препаратов второго ряда в комбинации в максимально переносимых дозах
- несоблюдении пациентом режима противоэпилептической терапии из-за беспокойства относительно побочных эффектов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 16 лет поступила в приемное отделение многопрофильной больницы.

Жалобы

- * Двоение в глазах, опущение верхнего века (D>S);
- * трудности при вставании со стула, подъеме по лестнице.

Анамнез заболевания

- * Жалобы на двоение в глазах, опущение верхнего века появились 3 недели назад, затем постепенно появилась слабость нижних конечностей, усиливающаяся к концу дня;
- * отмечается нарастание клинических симптомов после физической нагрузки-снижение силы мышц нижних конечностей с 4 баллов до 3 баллов, мышц верхних конечностей с 5 баллов до 4 баллов.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * аллергических реакций не было;
- * мать здорова, отец здоров.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 45 кг, рост 152 см. Температура тела 36,7°C.;
- * кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферических отеков нет;
- * дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин;
- * тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст.;
- * живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Основными методами обследования для постановки диагноза у данного пациента являются

- отсутствию эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии и в комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствию эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии в максимально переносимых дозах
- отсутствию эффекта при применении препаратов второго ряда в комбинации в максимально переносимых дозах
- несоблюдении пациентом режима противоэпилептической терапии из-за беспокойства относительно побочных эффектов

Результаты обследования

Для уточнения диагноза у данного пациента наиболее информативным методом инструментального исследования является + _____ +

- отсутствию эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии и в комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствию эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии в максимально переносимых дозах
- отсутствию эффекта при применении препаратов второго ряда в комбинации в максимально переносимых дозах
- несоблюдении пациентом режима противоэпилептической терапии из-за беспокойства относительно побочных эффектов

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым диагнозом у данного пациента является + _____ +

- отсутствию эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии и в комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствию эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии в максимально переносимых дозах
- отсутствию эффекта при применении препаратов второго ряда в комбинации в максимально переносимых дозах
- несоблюдении пациентом режима противоэпилептической терапии из-за беспокойства относительно побочных эффектов

Диагноз

Для лечения данной пациентки рекомендовано применение

- противовирусных препаратов
- транквилизаторов
- антибиотиков
- блокаторов холинэстеразы

Неостигмина метилсульфата («Прозерин») у данного пациента используется в начальной дозе + _____ + мг/кг каждые четыре часа

- 0,25
- 0,15
- 2,5
- 1,5

Глюкокортикостероиды до достижения устойчивого эффекта назначаются в дозе + _____ + мг/кг веса

- 2-3
- 0,5-1
- 0,1-0,2
- 1-2

При неэффективности кортикостероидов рекомендовано применение препарата + _____ +

- авастина
- азатиоприна
- гексала
- ритуксимаба

Максимальная разовая доза Неостигмина метилсульфата составляет + _____ + мг

- 15
- 35
- 20
- 5

Для иммуносупрессивной терапии возможно применение препарата

- неостигмина метилсульфат
- митомицин
- пиридостигмина бромид
- циклоспорин

Необходимым инструментальным методом обследования данного пациента в амбулаторно-поликлинических условиях вне обострения является

- электроэнцефалография
- МРТ головного мозга
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
- электрокардиография

Наиболее эффективным лечебным мероприятием при миастеническом кризе является применение

- антихолинэстеразных препаратов
- плазмафереза
- миорелаксантов
- аминокликозидов

Средняя продолжительность госпитализации детей с миастенией в условиях специализированного круглосуточного/дневного стационара составляет + _____ + день/дней

- антихолинэстеразных препаратов
- плазмафереза
- миорелаксантов
- аминокликозидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная М. 20 лет. Обратилась в поликлинику к врачу-неврологу.

Жалобы

На приступообразную, интенсивную, пульсирующую головную боль в левой лобно-височной области, рвоту.

Анамнез заболевания

С 13 лет стали возникать приступы сильной головной боли по 3-4 раза в год, в последние 2 года они стали повторяться 2-3 раза в месяц. Приступ длится от 6 часов до 1,5 суток. Интенсивность боли увеличилась, периодически на высоте приступа появлялась рвота, боязнь яркого света. Больная предчувствует появление приступа: уже за несколько часов до него отмечает тяжесть в голове, снижение настроения и работоспособности. Нередко непосредственно перед приступом на 10-15 минут ухудшается зрение, не различает предметы справа. Перед глазами возникают мерцающие линии.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * мать больна гипертонической болезнью;
- * бабушка пациентки страдала подобными болями;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Лицо бледное, прижимает пальцы к левому виску, предпочитает лежать на левом боку. Пульс ритмичный, 78 ударов в 1 мин. Тоны сердца звучные, АД 110/65 мм рт.ст. Дыхание свободное, равномерное, ЧДД 16 в мин. Местный дермографизм на передней поверхности грудной клетки двухфазный, красная линия с белой каймой по сторонам.

В неврологический статус не обнаружено изменений, сухожильные рефлексы оживлены d=s.

Диагноз пациентке можно поставить на основании

- антихолинэстеразных препаратов
- плазмафереза
- миорелаксантов
- аминокликозидов

Результаты обследования

Ключевым признаком для постановки диагноза является

- длительный анамнез: головная боль с 13 лет
- учащение приступов с течением времени
- наличие подобных головных болей у бабушки пациентки
- характер и локализация головной боли

Предполагаемый основной диагноз

- длительный анамнез: головная боль с 13 лет
- учащение приступов с течением времени
- наличие подобных головных болей у бабушки пациентки
- характер и локализация головной боли

Диагноз

Показанием к дополнительному обследованию пациента с головной болью является

- усиление головной боли после приёма алкоголя
- тошнота во время приступа
- умеренная интенсивность головной боли
- «громоподобная» головная боль

Для купирования тяжелого приступа мигрени наиболее эффективны

- антидепрессанты
- анальгетики
- спазмолитики
- триптаны

Для уменьшения тошноты и рвоты при мигрени следует использовать

- ацетилсалициловую кислоту
- метамизол натрия
- хлоропирамина гидрохлорид
- метоклопрамид

Триптаны для купирования приступов мигрени следует использовать не чаще + ____ + раз в месяц

- 3
- 1-2
- 5
- 9

Триптаны для купирования приступов мигрени противопоказаны при наличии

- гемиплегической мигрени
- бронхиальной астмы
- хронического холецистита
- хронического пиелонефрита

При мигрени с аурой прием триптана рекомендуется

- в конце ауры
- во время ауры
- в конце приступа
- через 2 часа от начала

При высокой частоте приступов мигрени (4 и больше дней с головной болью) рекомендуется

- метопролол
- кортексин
- цитиколин
- винпоцетин

Хронизации мигрени способствует

- изменение погоды
- злоупотребление анальгетиками
- прием амитриптилина
- наличие ауры

Проявлением ауры является

- изменение погоды
- злоупотребление анальгетиками
- прием амитриптилина
- наличие ауры

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 20 лет обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

На приступы интенсивной головной боли пульсирующего характера, односторонней локализации (чаще слева, иногда возникают справа), требующие прекращения обычной физической активности, длящиеся от нескольких часов до 2-х суток, сопровождающиеся тошнотой и повышенной чувствительностью к свету. При возникновении приступа пациентка принимает НПВС (ибупрофен), что иногда уменьшает выраженность боли. Головная боль беспокоит около 4 дней в месяц. За 2 часа до приступа пациентка ощущает слабость, трудности концентрации внимания, раздражительность. После приступа у пациентки в течение некоторого времени сохраняются сонливость, общая слабость.

Анамнез заболевания

Головные боли беспокоят пациентку в течение 3 лет. Провоцирующими факторами выступают психическое и умственное перенапряжение, употребление кофе и шоколада.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Хронические заболевания: синдром поликистозных яичников, для терапии которого пациентка принимает гормональные контрацептивы.
- * Семейный анамнез: у мамы пациентки имеются головные боли пульсирующего характера.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 13 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 68 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус

Пациентка в ясном сознании, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Расстройств чувствительности на лице нет. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мягкое нёбо фонировано. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Менингеальные знаки отрицательные. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

Проведение МРТ головного мозга данной пациентке

- показано проводить каждый год
- показано непосредственно при обращении к врачу
- не показано, не имеет диагностической ценности
- показано через полгода после начала лечения

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- показано проводить каждый год
- показано непосредственно при обращении к врачу
- не показано, не имеет диагностической ценности
- показано через полгода после начала лечения

Диагноз

Мигрень относится к + _____ + болям

- первичным лицевым
- вторичным головным
- первичным головным
- вторичным лицевым

Повышенная чувствительность к яркому свету при мигрени называется

- фонофобией
- дисморфофобией
- агорафобией
- фотофобией

Симптомы, возникающие у пациентки за 2 часа до приступа головной боли (слабость, трудности концентрации внимания, раздражительность), являются

- липотимией
- постдромом
- продромом
- аурой

Симптомы, которые сохраняются после приступа мигрени в течение некоторого времени (сонливость, общая слабость), являются

- продромом
- постдромом
- липотимией
- аурой

Прием больной с мигренью гормональных контрацептивов в большинстве случаев

- не влияет на течение мигрени
- облегчает течение мигрени
- способствует развитию головной боли напряжения
- утяжеляет течение мигрени

К осложнению мигрени относится

- паническая атака
- мигренозный инсульт
- острая инсомния
- гипервентиляционный синдром

Специфическая терапия приступа мигрени включает в себя назначение

- антидепрессантов
- триптанов
- опиоидных анальгетиков
- анксиолитиков

Профилактическое лечение мигрени включает назначение

- альфа-адреноблокаторов
- глюкокортикостероидов

- кофеина
- бета-адреноблокаторов

Фактором хронизации мигрени является

- приём антидепрессантов
- семейная отягощенность мигренью
- злоупотребление анальгетиками
- приём антиконвульсантов

Впервые мигрень обычно проявляется в возрасте от + ____ + до + ____ + лет

- приём антидепрессантов
- семейная отягощенность мигренью
- злоупотребление анальгетиками
- приём антиконвульсантов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Г. 46 лет неврологом поликлиники была направлена для госпитализации и поступила в неврологическое отделение стационара.

Жалобы

На чувство скованности в ногах, ощущение "подушки" под стопами, нарушение походки из-за слабости, неловкости в ногах и пошатывания, боли в эпигастральной области при погрешностях в диете.

Анамнез заболевания

Симптоматика появилась 1 год назад и развивалась постепенно: сначала возникло чувство скованности в ногах, затем появилось ощущение неуверенности при ходьбе и слабость. В течение нескольких месяцев больная сохраняла двигательную активность, но затем нарушения походки narosли — присоединилось пошатывание, особенно в тёмное время суток, стала ходить по улице с поддержкой, затем с палочкой, еще через 3 месяца перестала выходить на улицу, а к моменту обращения с трудом передвигалась по квартире.

Анамнез жизни

- * По профессии инженер-строитель. В настоящее время не работает из-за болезни;
- * замужем, имеет взрослого сына;
- * хронический атрофический гастрит с ахлоргидрией;
- * подострый аутоиммунный тиреоидит Хашимото с исходом в гипотиреоз;
- * анемия;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Конституция нормостеническая, питание умеренное, АД - 110/70 мм рт. ст., пульс - 64 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пальпация живота безболезненна, печень не увеличена. С-м Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Тазовых нарушений нет.

Неврологический статус: краниальная иннервация интактна. Сила в руках достаточная, тонус в них не изменён, сухожильные рефлексы средней живости, симметричные. В ногах сила снижена до 2 баллов. Мышечный тонус в ногах повышен, с-м «складного ножа». Сухожильные рефлексы на ногах высокие, с расширенными зонами, клонусы стоп, двусторонний рефлекс Бабинского. Грубые расстройства мышечно-суставного чувства в ногах. В позе Ромберга с открытыми глазами стоит удовлетворительно, при закрывании глаз – тенденция к падению. Ходит с трудом, походка спастическая, с неравномерной длиной шага.

Одним из необходимых для постановки диагноза в данном случае лабораторных методов обследования является определение

- приём антидепрессантов
- семейная отягощенность мигренью
- злоупотребление анальгетиками
- приём антиконвульсантов

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза в данном случае инструментальным методом является

- приём антидепрессантов
- семейная отягощенность мигренью
- злоупотребление анальгетиками
- приём антиконвульсантов

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым диагнозом является

- приём антидепрессантов
- семейная отягощенность мигренью
- злоупотребление анальгетиками
- приём антиконвульсантов

Диагноз

Грубые расстройства глубокой чувствительности, выявленные у пациентки, говорят о поражении + _____ + спинного мозга

- боковых канатиков
- задних канатиков
- центрального канала
- передних рогов

Поражёнными проводящими путями являются

- пучки Голля и спино-таламические пути
- кортико-спинальные тракты и пучки Голля
- кортико-спинальные и спино-церебеллярные тракты
- кортико-спинальные тракты и пучки Бурдаха

Нижний спастический парапарез у данной пациентки обусловлен поражением пирамидных трактов на уровне + _____ + спинного мозга

- грудного отдела
- верхне-шейного отдела
- поясничного утолщения
- шейного утолщения

Нарушения равновесия у пациентки следует расценить как + _____ + атаксию

- сенситивную
- лобную
- мозжечковую

- вестибулярную

Для выявления сенситивной атаксии информативно проведение

- теста рисования часов
- пробы Шильдера
- теста Хальмаги
- пробы Ромберга с закрытыми глазами

Основу лечения составляет

- пероральный прием препаратов группы В
- применение ноотропных препаратов
- внутримышечное введение витамина В12
- внутривенная пульс-терапия кортикостероидами

Полный регресс симптомов возможен при условии начала лечения через + _____ + с момента появления симптомов

- 1 год и более
- 10-12 месяцев
- 5-6 месяцев
- несколько недель

Длительный дефицит витамина В12, помимо миелопатии, может приводить к развитию

- апалического синдрома
- В12 дефицитной полиневропатии
- амиостатического симптомокомплекса
- гиперкинетического синдрома

Течение фуникулярного миелоза, помимо неврологических проявлений, может включать клинические и лабораторные признаки

- апалического синдрома
- В12 дефицитной полиневропатии
- амиостатического симптомокомплекса
- гиперкинетического синдрома

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился на прием к неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На ноющую боль в пояснице слева, по задней поверхности бедра слева.

Анамнез заболевания

Мужчина отметил появление жалоб 10 дней назад после интенсивной физической работы и подъема тяжестей. Боль носит умеренный по интенсивности характер, усиливается при движениях, проходит в покое.

Анамнез жизни

* Ранее подобные боли в спине отмечались несколько раз, проходили самостоятельно за несколько дней;

* на протяжении нескольких лет отмечает колебания артериального давления, специально не обследовался, лечения не получал;

- * курит, имеет нерегулярную физическую активность;
- * указаний на травмы, потерю в весе нет;
- * указаний на онкологический анамнез нет.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст., пульс 76 в минуту, ритм правильный. Температура тела 36,5°C. В неврологическом статусе двигательных, чувствительных и координаторных нарушений не выявлено. Отмечается сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации области паравертебральных мышц слева на поясничном уровне, усиление боли при разгибании на поясничном уровне.

Болевой синдром следует расценить как

- специфическую боль в спине
- стеноз позвоночного канала
- неспецифическую боль в спине
- радикулопатию

Для постановки диагноза требуется провести

- КТ позвоночника
- электронейромиографию
- физикальное обследование
- МРТ позвоночника

Изменение мышечного тонуса следует расценить как

- феномен «зубчатого колеса»
- спастичность
- ригидность
- мышечно-тонический синдром

Источником боли по данным физического обследования является

- дугоотростчатый сустав
- спинномозговой корешок
- крестцово-подвздошный сустав
- межпозвонковый диск

Диагностическим подтверждением фасеточного синдрома является

- эффект введения местного анестетика
- положительная проба Патрика
- болезненность
- положительный тест Ласега

К признакам специфической боли в спине относится

- длительность более недели
- усиление боли в покое
- усиление боли при движении
- распространение боли в бедро

В лечении неспецифической боли в спине используют

- нестероидные противовоспалительные средства

- витамины группы В
- ноотропные средства
- препараты ботулинического токсина

В лечении неспецифической боли в спине используют

- миорелаксанты
- витамины группы В
- ноотропные средства
- препараты ботулинического токсина

Из нелекарственных методов в профилактике боли в спине наиболее эффективным является

- кинезиотерапия
- физиотерапия
- тракция
- магнитотерапия

Главным принципом лекарственной терапии боли в спине является

- снижение потребления продуктов, богатых холестерином
- сочетание нескольких препаратов одной группы
- рациональная полифармакотерапия
- сочетание лекарственной терапии и тракций

Предпочтительным способом приема препаратов для лечения боли в спине является

- пероральный прием
- внутривенное введение
- местное применение
- внутримышечное введение

Назначение фармакотерапии при боли в спине основано на

- пероральный прием
- внутривенное введение
- местное применение
- внутримышечное введение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет, впервые в жизни возникшая потеря сознания.

Жалобы

На эпизод потери сознания при вставании с кровати.

Анамнез заболевания

В течение последнего месяца периодически отмечал ощущение «пустоты в голове», слабость, предобморочное состояние при резком вставании с постели. Сегодня утром, при резком вставании с постели пациент потерял сознание и упал. Со слов жены потеря сознания длилась нескольких секунд, потливости не наблюдалось.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекции.

* Сопутствующие заболевания: страдает АГ II ст., 2 ст., риск 2. Две недели назад начал получать лозартан 100 мг утром

* Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 1 пачке в день, алкоголем не злоупотребляет

* Трудовой анамнез: в настоящее время не работает

* Профессиональные вредности: отсутствуют

* Аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает

* Наследственный анамнез: мама пациента страдала АГ, умерла вследствие геморрагического инсульта.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16/мин, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 62 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Неврологический статус: сознание ясное; менингеальные симптомы отсутствуют. ЧМН: без патологии.

Мышечная сила в руках и ногах – 5 баллов, объем движений не ограничен. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D=S, живые. Мышечный тонус: D=S. Симптом Бабинского отрицательный. Рефлексы орального автоматизма: отсутствуют. Координация движений: пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Тазовые функции контролирует.

Потеря сознания соответствует

- вестибулярному головокружению
- эпилептическому приступу
- обмороку
- оглушению

Тип обморока соответствует

- психогенному
- гиперводемическому
- гипогликемическому
- ортостатическому

Клиническая картина наиболее характерна для

- психогенному
- гиперводемическому
- гипогликемическому
- ортостатическому

Диагноз

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- психогенному
- гиперводемическому
- гипогликемическому
- ортостатическому

Результаты обследования

Категорией ортостатической гипотензии является

- нейрогенная
- лекарственно-индуцированная
- вазовагальная

- идиопатическая

Симптомы пациента связаны с

- антигипертензивной терапий
- возрастом
- наличием артериальной гипертензии
- курением

К факторам, которые могут усугубить состояние пациента, относится

- курение
- дегидратация
- гипотермия
- депривация сна

В рамках нефармакологического лечения во время ночного сна больному рекомендовано

- придать более высокое положение голове
- спать на животе
- спать на спине
- придать более высокое положение ногам

Пациенту необходимо назначить

- мануальную терапию
- иглорефлексотерапию
- ношение компрессионного белья
- ношение корсета для шеи

Для увеличения объема циркулирующей крови количество употребляемой соли в сутки следует

- уменьшить до 1 г
- увеличить до 3-4 г
- увеличить до 8-9 г
- резко ограничить

Для увеличения объема циркулирующей крови количество употребляемой жидкости в сутки следует

- резко ограничить
- увеличить до 3 л
- увеличить до 5 л
- уменьшить до 1 л

При назначении лекарственной терапии важно контролировать артериальное давление в

- резко ограничить
- увеличить до 3 л
- увеличить до 5 л
- уменьшить до 1 л

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет, впервые в жизни возникшая потеря сознания.

Жалобы

На эпизод потери сознания при вставании с кровати.

Анамнез заболевания

В течение последних 10 лет страдает сахарным диабетом, регулярно принимает сахароснижающие препараты. В течение последнего месяца периодически отмечает ощущение «пустоты в голове», слабость, предобморочное состояние при резком вставании с кровати. Сегодня утром, при резком вставании с постели пациентка потеряла сознание и упала. Со слов мужа потеря сознания длилась нескольких секунд, потливости не наблюдалось, пациентка быстро пришла в себя, открыла глаза, могла поддерживать разговор, ориентироваться в месте и времени.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: частые ОРВИ в детстве, детские инфекции;
- * трудовой анамнез: в настоящее время не работает;
- * профессиональные вредности: отсутствуют;
- * аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает;
- * наследственный анамнез: мама пациентки страдала сахарным диабетом;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * в течение последнего месяца самостоятельно принимала мультивитамины и ноотропные препараты .

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16/мин, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/80 мм рт.ст., ЧСС 65 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Неврологический статус: сознание ясное; менингеальные симптомы отсутствуют. ЧМН: без патологии.

Мышечная сила в руках и ногах – 5 баллов, объем движений не ограничен. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног D=S, живые. Мышечный тонус: D=S. Симптом Бабинского отрицательный. Рефлексы орального автоматизма: отсутствуют. Координация движений: пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Тазовые функции контролирует.

Потеря сознания соответствует

- панической атаке
- оглушению
- обмороку
- эпилептическому приступу

У пациентки + _____ + тип обморока

- гипогликемический
- ортостатический
- психогенный
- гиперводемический

Клиническая картина наиболее характерна для

- гипогликемический
- ортостатический
- психогенный
- гиперводемический

Диагноз

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- гипогликемический
- ортостатический
- психогенный
- гиперводемический

Результаты обследования

Категорией ортостатической гипотензии является

- лекарственно-индуцированная
- нейрогенная
- вазовагальная
- идиопатическая

Симптомы пациентки связаны с вегетативной недостаточностью вследствие

- приема ноотропных препаратов
- наличия диабета
- приема сахароснижающих препаратов
- приема мультивитаминов

К факторам, которые могут усугубить состояние пациентки, относятся

- употребление больше 3 л жидкости
- недостаточная физическая активность
- депривация сна
- прием алкоголя

В рамках нефармакологического лечения во время ночного сна пациентке рекомендовано

- придать более высокое положение ногам
- спать на боку
- придать более высокое положение голове
- спать на спине

Пациентке необходимо назначить

- изотонические физические нагрузки
- нейропсихологическую коррекцию
- диадинамические токи
- лекарственный электрофорез

В качестве препарата первой линии следует назначить

- ноотропные препараты
- ингибиторы холинэстеразы
- минералокортикоиды
- антидепрессанты

Для увеличения объема циркулирующей крови количество употребляемой жидкости в сутки следует

- резко ограничить

- увеличить до 5 л
- увеличить до 3 л
- уменьшить до 1 л

При назначении лекарственной терапии важно контролировать + _____ + в положении

- резко ограничить
- увеличить до 5 л
- увеличить до 3 л
- уменьшить до 1 л

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет обратилась на прием к неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На боли жгучего, колющего характера в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Боли около месяца, возникли после исчезновения папулезных высыпаний по ходу V-VII ребер слева, по поводу которых проходила лечение у дерматолога с диагнозом “Опоясывающий герпес”, получала противовирусную терапию.

Анамнез жизни

- * На протяжении нескольких лет отмечает колебания артериального давления, специально не обследовалась, лечения не получала;
- * курит, имеет нерегулярную физическую активность.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16/мин, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС 68 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

В неврологическом статусе двигательных и координаторных нарушений не выявлено. Отмечается гиперестезия и аллодиния по ходу V-VII ребер слева. Других неврологических нарушений не выявлено.

Болевой синдром следует расценить как

- ноцицептивный
- невропатический
- дисфункциональный
- психогенный

Одним из ведущих патофизиологических механизмов боли является

- центральная сенситизация
- экспрессия кальциевых каналов
- экспрессия хлорных каналов
- эксайтотоксичность

Для верификации невропатического характера боли требуется

- компьютерная томография
- клиническое исследование
- исследование вызванных потенциалов

- исследование мигательного рефлекса

Причиной боли по данным клинического обследования является

- компьютерная томография
- клиническое исследование
- исследование вызванных потенциалов
- исследование мигательного рефлекса

Диагноз

При невропатической боли диагностическим опросником является

- болевой опросник Макгилл
- MMSE
- painDETECT
- Mini-Cog

При постгерпетической невралгии характерным является

- ноющая боль
- усиление боли при движении
- ослабление боли при пальпации
- жгучая боль

Препаратами выбора в лечении постгерпетической невралгии являются

- ноотропные средства
- антидепрессанты
- нестероидные противовоспалительные средства
- метаболические препараты

К первой линии терапии при постгерпетической невралгии относится

- ламотриджин
- карбамазепин
- вальпроевая кислота
- прегабалин

Среди антидепрессантов в лечении постгерпетической невралгии используют

- флуоксетин
- пароксетин
- сертралин
- дулоксетин

В лечении постгерпетической невралгии используют

- пластырь с НПВП
- пластырь с капсаицином
- ноотропные препараты
- миорелаксанты

К расстройствам, коморбидным невропатической боли, относится

- расстройство сна

- ортостатическая гипотензия
- артериальная гипертензия
- головокружение

К расстройствам, снижающим качество жизни пациентов с невропатической болью относится

- расстройство сна
- ортостатическая гипотензия
- артериальная гипертензия
- головокружение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 75 лет обратился на прием к неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На боли жгучего, колющего характера в правой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Боли около месяца, возникли после исчезновения папулезных высыпаний по ходу VI-VIII ребер справа, по поводу которых проходила лечение у дерматолога с диагнозом “Опоясывающий герпес”, получала противовирусную терапию.

Анамнез жизни

* На протяжении нескольких лет отмечает колебания артериального давления, специально не обследовался, лечения не получал;

* курит, имеет нерегулярную физическую активность.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16 в мин, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС 68 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

В неврологическом статусе двигательных и координаторных нарушений не выявлено. Отмечается гиперестезия и аллодиния по ходу VI-VIII ребер справа, других неврологических нарушений не выявлено.

Болевой синдром следует расценить как

- невропатический
- ноцицептивный
- дисфункциональный
- психогенный

Одним из ведущих патофизиологических механизмов боли является

- экспрессия калиевых каналов
- эктопическая активность
- экспрессия хлорных каналов
- эксайтотоксичность

Для верификации невропатического характера боли требуется

- исследование мигательного рефлекса
- клиническое исследование
- МРТ позвоночника

- КТ позвоночника

Причиной боли по данным клинического обследования является

- исследование мигательного рефлекса
- клиническое исследование
- МРТ позвоночника
- КТ позвоночника

Диагноз

При невропатической боли диагностическим опросником является

- КШОПС
- Болевой опросник Макгилл
- ВАШ
- DN 4

При постгерпетической невралгии характерным является

- гиперестезия
- ноющая боль
- усиление боли при движении
- регресс боли на протяжении недели

Препаратами выбора в лечении постгерпетической невралгии являются

- ноотропные средства
- антиконвульсанты
- метаболические препараты
- нестероидные противовоспалительные средства

К первой линии терапии при постгерпетической невралгии относится

- вальпроевая кислота
- габапентин
- ламотриджин
- карбамазепин

Среди антидепрессантов в лечении постгерпетической невралгии используется

- сертралин
- amitриптилин
- пароксетин
- флуоксетин

В лечении постгерпетической невралгии используют

- миорелаксанты
- пластины с НПВП
- пластины с антиконвульсантами
- пластины с лидокаином

К расстройствам, коморбидным невропатической боли, относится

- ортостатическая гипотензия

- головокружение
- расстройство сна
- артериальная гипертензия

К расстройствам, снижающим качество жизни пациентов с невропатической болью, относится

- ортостатическая гипотензия
- головокружение
- расстройство сна
- артериальная гипертензия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 44 лет по каналу СМП доставлен в городскую больницу в неврологическое отделение в связи с впервые возникшим эпилептическим приступом.

Жалобы

На подергивания в правой стопе, которые распространились на правую руку и правую половину лица.

Анамнез заболевания

У пациента четыре часа назад впервые в жизни развился приступ в виде клонических подергиваний в правой стопе, которые затем распространились на всю ногу, а в дальнейшем на правую руку и на правую половину мимических мышц. Приступ продолжался несколько минут, потери сознания не отмечалось. Пациент вызвал бригаду СМП и был госпитализирован в неврологическое отделение.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекции;
- * вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * трудовой анамнез: в настоящее время работает водителем;
- * профессиональные вредности: отсутствуют;
- * аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает;
- * наследственный анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Температура тела 36,7°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 120/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Неврологический статус: сознание ясное; менингеальные симптомы отсутствуют. Пациент доступен вербальному контакту. Ориентирован вместе, времени и собственной личности. Афазии, агнозии, апраксии нет. Психотической симптоматики нет. Глазные щели равные (D = S). Движения глазных яблок в полном объеме. Форма и величина зрачков одинаковы на обоих глазах (D = S), зрачки округлой формы. Прямая и содружественная фотореакции живые, одинаковые (OD = OS). Реакция при конвергенции и аккомодации сохранена. Акт конвергенции не нарушен. Нистагма нет. Роговичные рефлексы сохранены, расстройств чувствительности на лице нет. Вкус сохранен. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мягкое нёбо фонировано. Фокация и глотание не нарушены. Рефлекс с мягкого неба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в правых и левых конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, D > S. Мышечный тонус: D = S. Симптом Бабинского справа. Рефлексы орального автоматизма: отсутствуют. Координация движений: пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Тазовые функции контролирует.

Тип эпилептического приступа

- простой парциальный вегетативный

- вторично-генерализованный
- комплексный парциальный
- простой парциальный моторный

Эпилептический приступ у пациента связан с поражением + _____ + доли

- теменной
- височной
- затылочной
- лобной

Клинический вариант эпилептического приступа относится к

- приступам моторной коры
- амигдало-гиппокампальным
- дорсолатеральным
- кожевниковскому синдрому

Наличие симптома Бабинского в правой стопе следует расценить как поражение

- вегетативной нервной системы
- центрального мотонейрона
- правого полушария мозжечка
- периферического мотонейрона

Необходимыми методами обследования для постановки диагноза являются

- вегетативной нервной системы
- центрального мотонейрона
- правого полушария мозжечка
- периферического мотонейрона

Результаты обследования

Эпилептический приступ необходимо дифференцировать с

- панической атакой
- гипоксической энцефалопатией
- болезнью Альцгеймера
- синдромом Туретта

К неинвазивным методам предоперационного обследования относят

- люмбальную пункцию
- стерео-ЭЭГ
- УЗИ брюшной полости
- видео-ЭЭГ-мониторинг

Пациенту необходимо проведение

- неокортикальной резекции
- каллозотомии
- резекции очага
- гемисферэктомии

В качестве исходной терапии следует применить

- ламотриджин
- этосуксемид
- прегабалин
- руфинамид

В качестве препарата дополнительной терапии следует использовать

- топирамат
- карбамазепин
- вальпроевую кислоту
- прегабалин

Фармакорезистентность считают установленной при

- несоблюдении пациентом режима противоэпилептической терапии из-за беспокойства относительно побочных эффектов
- отсутствии эффекта при применении препаратов второго ряда комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствии эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии и в комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствии эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии в максимально переносимых дозах

Титрацию дозы ламотриджина у взрослых начинают с + _____ + мг/сут.

- несоблюдении пациентом режима противоэпилептической терапии из-за беспокойства относительно побочных эффектов
- отсутствии эффекта при применении препаратов второго ряда комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствии эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии и в комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствии эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии в максимально переносимых дозах

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Г.Н. 52 лет. Обратилась в поликлинику к врачу-неврологу.

Жалобы

На пузырьковые высыпания и интенсивные боли в области левого глаза, левого надбровья.

Анамнез заболевания

Заболела 2 дня назад - сначала появились высыпания на левом верхнем веке, сопровождались зудом, неприятными ощущениями, покраснением кожи, «покалыванием», болью, затем распространились в область надбровья, лба.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * наследственность не отягощена;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пульс ритмичный, 80 в мин., АД 120/70 мм рт.ст. Температура тела

37°C. В области верхнего века левого глаза и лба слева кожа гиперемирована, здесь же пузырьковые высыпания, распространяющиеся на волосистую часть головы. Глаз слезится.

Неврологический статус: сознание ясное. ЧМН: зрачки D=S, фотореакция сохранена, движение глазных яблок в полном объеме. Гипестезия на лбу слева. Лицо симметрично. Сила в конечностях достаточная. Сухожильные рефлексы оживлены d=s. Патологических рефлексов нет. Менингеальные симптомы не обнаружены.

Основным методом для постановки диагноза в данном случае является

- несоблюдении пациентом режима противоэпилептической терапии из-за беспокойства относительно побочных эффектов
- отсутствии эффекта при применении препаратов второго ряда комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствии эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии и в комбинации в максимально переносимых дозах
- отсутствии эффекта при применении препаратов первого ряда в монотерапии в максимально переносимых дозах

Результаты обследования

Распространение элементов высыпания соответствует зоне иннервации + _____ + нерва

- 2 ветви тройничного
- большого каменистого
- 1 ветви тройничного
- 3 ветви тройничного

Предполагаемый основной диагноз

- 2 ветви тройничного
- большого каменистого
- 1 ветви тройничного
- 3 ветви тройничного

Диагноз

Неврологическим осложнением опоясывающего герпеса является

- бактериальная пневмония
- постгерпетическая невралгия
- краниальная полиневропатия
- парез языкоглоточного нерва

Основной этиотропной терапией в данном случае является

- цианкобаламин
- ацикловир
- супрастин
- диклофенак

Для уменьшения зуда и отека нужно назначить

- клемастин
- интерферон бета
- циклоферон
- цефтриаксон

С целью купирования болевого синдрома пациентке должен быть рекомендован

- карбамазепин
- анальгин
- дексаметазон
- метилпреднизолон

С целью уменьшения воспаления пациентке может быть назначен

- трамадол
- дротаверина гидрохлорид
- индометацин
- цефтриаксон

Для оказания местного противовоспалительного действия и предупреждения бактериальной суперинфекции рекомендуется местное применение

- бриллиантового зеленого
- иода
- пантенола
- салициловой кислоты

С целью профилактики частых обострений герпес-вирусной инфекции применение ацикловира может составлять максимально + ____ + месяца/ев

- 3-4
- 6-12
- 1-2
- 4-5

После разрешения кожных высыпаний для устранения болевого синдрома, нарушений чувствительности можно назначить

- мимическую гимнастику
- когнитивно-поведенческую терапию
- кинезиотейпирование
- рефлексотерапию

Терапевтическая доза карбамазепина при лечении невралгии тройничного нерва составляет + ____ + мг/сутки

- мимическую гимнастику
- когнитивно-поведенческую терапию
- кинезиотейпирование
- рефлексотерапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась в поликлинику к неврологу.

Жалобы

Часто повторяющиеся затяжные эпизоды диффузной двусторонней сжимающей неппульсирующей головной боли по типу «каска» с вовлечением висков умеренной интенсивности, как правило, после тяжелого трудового дня.

Анамнез заболевания

Начала отмечать появление и нарастание интенсивности головных болей после развода с мужем. Боль имеет затяжной, диффузный характер, не усиливается при физической нагрузке. Иногда проявляется легкая тошнота и повышенная чувствительность к яркому свету. На фоне стресса отмечает нарушение ночного сна, проблемы с засыпанием. Головная боль стала частой, затяжной, продолжающейся иногда в течении нескольких дней на протяжении последних 4х месяцев.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания – хронический пиелонефрит;
- * курит с 20 лет, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональная вредность – работа за компьютером в офисе

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 86 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6°С.;
- * видимые слизистые физиологической окраски, кожные покровы чистые;
- * дыхание везикулярное. ЧДД– 17 в минуту;
- * гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 140/80 мм рт.ст.;
- * живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный;
- * из неврологического статуса: Сознание ясное, ориентировка места и времени сохранена;
- * ЧМ иннервация: Запахи различает. Поля зрения не ограничены. Глазодвигательных расстройств нет. Расстройств чувствительности на лице нет. Нарушений функции жевательных, височных мышц и их гипотрофий не выявлено. Роговичный рефлекс сохранен, симметричный;
- * функции двигательного аппарата и чувствительность не нарушены;
- * менингеальных симптомов нет.

При физикальном осмотре данной пациентки для установления диагноза необходимо провести

- мимическую гимнастику
- когнитивно-поведенческую терапию
- кинезиотейпирование
- рефлексотерапию

Результаты обследования

Показания для проведения лабораторных и инструментальных исследований у данной пациентки _____

- имеются (только лабораторные)
- имеются (лабораторные и инструментальные)
- имеются (только инструментальные)
- отсутствуют

Дополнительным методом диагностики у данной пациентки может являться

- имеются (только лабораторные)
- имеются (лабораторные и инструментальные)
- имеются (только инструментальные)
- отсутствуют

Результаты обследования

Диагнозом, с учетом анамнеза и данных физикального исследования, является

- имеются (только лабораторные)
- имеются (лабораторные и инструментальные)

- имеются (только инструментальные)
- отсутствуют

Диагноз

Для купирования эпизодов головной боли напряжения рекомендовано использовать

- опиоидные анальгетики
- барбитураты
- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС)
- миорелаксанты

Для купирования головной боли у данной пациентки препаратом выбора является

- ибупрофен
- аспирин
- нимесулид
- цитрамон П

Лечение нестероидными противовоспалительными препаратами может применяться для купирования приступа боли при частоте приступов не более + ____ + раз в неделю

- 3
- 4
- 5
- 2

Учитывая длительные головные боли в течение более 3-х месяцев, пациентке показано назначение антидепрессантов, препаратом выбора среди которых является

- мапротилин
- amitриптилин
- кломипрамин
- миансерин

Лечение amitриптилином начинают с дозы + ____ + мг/сут, затем титруют каждую неделю до наступления эффекта

- 25-30
- 15-20
- 35-40
- 5-10

Эффект от лечения антидепрессантами оценивают в течение + ____ + недель

- 2
- 4
- 8
- 6

С точки зрения механизма фармакологического действия, антидепрессанты являются

- ингибиторами циклооксигеназы (ЦОГ)
- ингибиторами нейронального захвата моноаминов
- агонистами бензодиазепиновых рецепторов

- блокаторами D-рецепторов дофамина и альфа-адренорецепторов

Наиболее эффективным нелекарственными методом лечения головной боли напряжения является

- ингибиторами циклоксигеназы (ЦОГ)
- ингибиторами нейронального захвата моноаминов
- агонистами бензодиазепиновых рецепторов
- блокаторами D-рецепторов дофамина и альфа-адренорецепторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 36 лет доставлен бригадой СМП после потери сознания и серии приступов, сопровождавшихся судорогами.

Жалобы

Не предъявляет из-за тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Со слов мамы, с 18 лет страдает генерализованной идиопатической эпилепсией с тонико-клоническими приступами, продолжающимися несколько минут частотой 5-6 приступов в год. Был рекомендован прием карбамазепина, однако пациент принимал его не регулярно. После обеда развились потеря сознания и тонико-клонические судороги, которые длились 2-3 минуты. После приступа отмечалось непроизвольное мочеиспускание, дезориентация. В дальнейшем в сознание не приходил, возникла серия из 4 тонико-клонических приступов. На настоящий момент приступы продолжаются.

Анамнез жизни

- * Без особенностей;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * аллергия на фенитоин.

Объективный статус

Состояние тяжелое.

Температура тела 36,8°C. Кожные покровы без особенностей. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС 65 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Неврологический статус: сознание нарушено, контакт с больным не возможен; менингеальные симптомы отсутствуют. Зрачки симметричные, фотореакция ослаблена. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук индифферентны, снижены. Мышечный тонус понижен: D=S. Симптом Бабинского отрицательный. При болевых раздражениях отмечаются некоординированные защитные движения.

Шкала комы Глазго: 6 баллов.

6 баллов по шкале комы Глазго указывает на наличие у пациента

- умеренной комы
- сопора
- оглушения
- терминальной комы

У пациента имеется синдром нарушения(-ий)

- эмоциональных
- двигательных
- чувствительных
- сознания

Клиническая картина соответствует

- эмоциональных
- двигательных
- чувствительных
- сознания

Диагноз

Эпилептический статус можно классифицировать как

- фокальный моторный
- генерализованный судорожный
- афатический
- адверсивный

Провоцирующим фактором развития эпилептического статуса у пациента является

- переедание
- длительный анамнез заболевания
- частота приступов больше 2 в год
- нарушение режима терапии

Пациенту необходимо лечение в условиях + _____ + отделения

- неврологического
- токсикологического
- нейрореанимационного
- нейрохирургического

Необходимым диагностическим методом обследования является

- неврологического
- токсикологического
- нейрореанимационного
- нейрохирургического

Результаты обследования

Средством первого выбора является

- прегабалин
- диазепам
- ламотриджин
- карбамазепин

Противосудорожные препараты вводят

- подкожно
- интраназально
- внутривенно
- перорально

В качестве исходной терапии следует применить

- руфинамид

- прегабалин
- карбамазепин
- фенитоин

Назначение пациенту фенитоина

- рекомендуется в дозе 30 мг/кг
- рекомендуется в дозе 20 мг/кг
- противопоказано
- рекомендуется в дозе 15 мг/кг

Дозу препаратов можно снижать при контролировании приступов в течение + _____ + часов

- рекомендуется в дозе 30 мг/кг
- рекомендуется в дозе 20 мг/кг
- противопоказано
- рекомендуется в дозе 15 мг/кг

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пожилая женщина 76 лет, пришла на прием к неврологу в сопровождении дочери.

Жалобы

Пациентка активно жалобы не предъявляет.

Анамнез заболевания

Со слов дочери в течение последнего года у пациентки постепенно снижается память. Пациентка проживает дома одна, себя обслуживает, ведет домашнее хозяйство, но в последнее время регулярно забывает выключить плиту, утюг, путает дни недели и месяца, постоянно теряет документы и ценные вещи. Два дня назад заблудилась по дороге в магазин. Перестала интересоваться событиями жизни детей. За медицинской помощью не обращались, так как мать отказывалась идти к врачу, говорила, что все у нее хорошо.

Анамнез жизни

На пенсии. Ранее работала учителем в начальной школе. Страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом АД до 170/80 мм рт.ст. Регулярно принимает лозартан.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела $36,2^{\circ}\text{C}$, АД 130/80 мм рт.ст., пульс 82 уд/мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание шумное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: уровень сознания – ясное. Речь не изменена. Критика к своему состоянию снижена. На вопросы отвечает многословно, но не по существу. В пространстве ориентирована правильно. Во времени дезориентирована. В собственной личности ориентирована частично – правильно называет свое имя, фамилию, неправильно – возраст. Называет дочь своей подругой, сообщает, что «дети остались дома». Менингеальных знаков нет. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Косоглазия нет. Лицо симметрично. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык по средней линии. Парезов нет. Сухожильные рефлексы D=S, высокие, зоны не расширены. Патологических стопных и кистевых знаков нет. Брюшные рефлексы симметричны с двух сторон. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон. Легкий постурально-кинетический тремор с двух сторон.

Для уточнения диагноза пациентке необходимо прежде всего провести

- рекомендуется в дозе 30 мг/кг

- рекомендуется в дозе 20 мг/кг
- противопоказано
- рекомендуется в дозе 15 мг/кг

Результаты обследования

Для дифференциального диагноза имеющихся нарушений необходимо выполнить

- рекомендуется в дозе 30 мг/кг
- рекомендуется в дозе 20 мг/кг
- противопоказано
- рекомендуется в дозе 15 мг/кг

Результаты обследования

В клинической картине у пациентки ведущим является + _____ + синдром

- апатико-абулический
- амнестический
- психовегетативный
- апракто-агностический

Когнитивные нарушения у пациентки являются

- выраженными
- субъективными
- легкими
- умеренными

Предполагаемым диагнозом является

- выраженными
- субъективными
- легкими
- умеренными

Диагноз

Для уменьшения выраженности когнитивных нарушений пациентке следует назначить

- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- нейротрофические препараты
- вазоактивные препараты
- антиоксиданты

К ингибиторам холинэстеразы относится

- мемантин
- ноотропил
- галантамин
- цераксон

Начальная суточная доза галантамина составляет + ____ + мг

- 16
- 8

- 4
- 2

Шаг титрования дозы галантамина составляет 1 раз в +___+ недели(-ю)

- 4
- 1
- 2
- 3

Средняя эффективная доза галантамина составляет +_____+ мг 2 раза в день

- 24
- 8
- 4
- 12

Назначение ингибиторов холинэстеразы противопоказано при

- зрительных галлюцинациях
- печёночной недостаточности
- заболеваниях крови
- вестибулярных нарушениях

Ожидаемыми побочными эффектами при титровании дозы ингибиторов холинэстеразы являются

- зрительных галлюцинациях
- печёночной недостаточности
- заболеваниях крови
- вестибулярных нарушениях

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пожилой мужчина 74 лет амбулаторно обратился к неврологу. На приём пришёл в сопровождении дочери.

Жалобы

На повышенную забывчивость, трудности концентрации.

Анамнез заболевания

Со слов дочери вчера вечером у больного отмечались галлюцинации: прогонял несуществующих собак с балкона своей квартиры. В течение последнего времени стал рассеянным, дважды заблудился по дороге в ближайший магазин, после чего перестал туда ходить. Очень быстро устаёт, часто спит днем. Ночью спит беспокойно, дочь убрала с прикроватной тумбочки лампу, потому что пациент регулярно сбивал ее во время сна. В прошлом – повторные эпизоды кратковременной потери сознания (в метро).

Анамнез жизни

На пенсии. Ранее работал инженером. Страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом АД до 150/80 мм рт.ст. Регулярно принимает лозартан, индапамид.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,2⁰С, АД 140/80 мм рт.ст., пульс 82 уд/мин, ритмичный, тоны сердца ясные. ЧДД 18 в мин.

При проведении ортостатической пробы: АД лежа 120/80 мм рт.ст., ЧСС 54 в минуту, после вставания АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС 62 в минуту,

через 3 минуты стояния АД 80/50 мм рт.ст., пульс 64 уд/мин.

Неврологический статус: уровень сознания – ясное. Речь тихая, монотонная. Критика к своему состоянию снижена. На вопросы отвечает многословно, но не по существу. В пространстве, времени, собственной личности ориентирован правильно. Менингеальных знаков нет. Обоняние снижено. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Косоглазия нет. Лицо симметрично. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык по средней линии. Парезов нет. Сухожильные рефлексы D=S, высокие, зоны не расширены. Патологических стопных и кистевых знаков нет. Мышечный тонус повышен по пластическому типу с двух сторон симметрично. Гипомимия, гипокинезия без чёткой разницы сторон. При ходьбе отмечается гипохейрокинез, D=S. Тремора нет. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон. В позе Ромберга устойчив независимо от закрывания глаз. Походка: шаг негрубо укорочен, иногда шарканье.

Для уточнения особенностей имеющихся неврологических нарушений необходимо провести

- зрительных галлюцинациях
- печёночной недостаточности
- заболеваниях крови
- вестибулярных нарушениях

Результаты обследования

Для уточнения причины имеющихся нарушений пациенту необходимо выполнить

- зрительных галлюцинациях
- печёночной недостаточности
- заболеваниях крови
- вестибулярных нарушениях

Результаты обследования

В неврологическом статусе у пациента выявляется + _____ + синдром

- акинетико-ригидный
- гиперкинетический
- мозжечковый
- пирамидный

Имеющиеся когнитивные нарушения следует расценить как

- выраженные
- субъективные
- лёгкие
- умеренные

Пациенту можно поставить диагноз

- выраженные
- субъективные
- лёгкие
- умеренные

Диагноз

Для улучшения когнитивных функций пациенту следует назначить

- антагонисты никотиновых рецепторов

- адrenoблокаторы
- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- агонисты дофамина

К ингибиторам холинэстеразы относится

- амантадин
- тригексифенидил
- ривастигмин
- ранитидин

Начальная суточная доза ривастигмина составляет + _____ + мг

- 6
- 2
- 3
- 4

Шаг титрования дозы ривастигмина составляет + ___ + недели(-ю)

- 4
- 1
- 2
- 3

Чтобы уменьшить выраженность двигательных нарушений, пациенту можно назначить

- ингибиторы катехол-О-метилтрансферазы
- агонисты дофаминовых рецепторов
- препараты леводопы
- ингибиторы моноаминоксидазы-B

Для коррекции галлюцинаторных расстройств в данном случае можно использовать

- рисперидон
- галоперидол
- кветиапин
- аминазин

В спектр ожидаемых побочных эффектов в начале ацетилхолинергической терапии входит

- рисперидон
- галоперидол
- кветиапин
- аминазин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет госпитализирована бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы на головную боль, слабость в левых руке и ноге, тошноту, рвоту.

Анамнез заболевания

Заболела около часа назад, когда внезапно во время ужина появились головная боль, больше справа, слабость в левых конечностях; больная упала со стула, была однократная рвота. Супругом вызвана бригада СМП.

Анамнез жизни

На пенсии. Считала себя здоровым человеком, артериальное давление измеряла редко.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, отмечается гиперемия лица. Гиперстеническое телосложение, повышенного питания. Рост 168, масса тела 92 кг. Температура тела 36,2⁰ С, АД 200/120 мм рт. ст., пульс 68 уд/мин, тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: уровень сознания - ясное. Больная сонлива. Продуктивному контакту доступна, на вопросы отвечает медленно, но по существу, после латентной паузы. Ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Ригидность шейных мышц. Слабо выраженный симптом Кернига с двух сторон. Симптом Бехтерева справа. Левосторонняя гомонимная гемианопсия. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакция, реакции на аккомодацию, конвергенцию сохранены. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Гемигипестезия на лице слева. Левосторонний центральный прозопарез. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык при высовывании отклоняется влево. Симптомы орального автоматизма: Бехтерева, Мондонеизи. Мышечная сила справа сохранена, слева гемиплегия с высоким мышечным тонусом. Сухожильные рефлексы S>D. Симптом Бабинского слева. Гемигипестезия слева. Координаторные пробы правыми конечностями выполняет удовлетворительно, левыми - не выполняет из-за пареза.

Очаговая неврологическая симптоматика указывает на поражение

- внутренней капсулы справа
- правой лобно-теменной области
- затылочной доли справа
- внутренней капсулы слева

В первую очередь больной показано проведение исследования

- внутренней капсулы справа
- правой лобно-теменной области
- затылочной доли справа
- внутренней капсулы слева

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов нейровизуализации, пациентке можно поставить диагноз

- внутренней капсулы справа
- правой лобно-теменной области
- затылочной доли справа
- внутренней капсулы слева

Диагноз

Наиболее частой причиной внутримозгового кровоизлияния является

- разрыв артериовенозной мальформации
- разрыв мешотчатой аневризмы
- церебральная амилоидная ангиопатия
- артериальная гипертензия

При *ЭКГ*: отклонение электрической оси сердца влево, гипертрофия миокарда левого желудочка.

При проведении *ЭХО-КГ* у пациентки выявлена выраженная симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка.

Для снижения артериального давления больной показано назначение

- каптолена перорально
- лабеталола перорально
- нитропруссид натрия внутривенно
- эсмолола внутривенно

Наиболее важными факторами для определения показаний к хирургическому вмешательству по поводу внутримозговой гематомы являются

- результаты холтеровского мониторирования ЭКГ
- результаты дуплексного сканирования сосудов
- объём и локализация гематомы
- показатели артериального давления

У больных геморрагическим инсультом, по сравнению с больными ишемическим инсультом значительно повышен риск

- воспалительных осложнений
- внутренних кровотечений
- инфаркта миокарда
- летального исхода

С целью профилактики тромбоза глубоких вен больной необходимо использовать

- ацетилсалициловую кислоту 325 мг в сутки
- гепарин по 5000 ЕД в/в каждые 4 часа
- перемежающуюся пневмокомпрессию
- клопидогрел 75 мг в сутки

Для предупреждения повышения внутричерепного давления у больной необходимо

- назначить фуросемид по 40 мг в день внутривенно
- перевести больную на искусственную вентиляцию легких в режим гипервентиляции
- поднять головной конец кровати на 30°
- вводить дексаметазон по 8 мг 4 раза в день внутривенно

Если в остром периоде инсульта выявлено повышение уровня глюкозы до 7,8 ммоль/л, то

- необходимо назначить сиофор внутрь
- необходимо назначить внутривенную инфузию простого инсулина
- необходимо назначить подкожное введение простого инсулина
- коррекции гликемии не требуется

Если у пациента с геморрагическим инсультом развивается серия эпилептических приступов, назначается

- вальпроат натрия внутривенно
- диазепам внутривенно
- вальпроат натрия перорально
- диазепам внутримышечно

Повышение температуры тела при внутримозговом кровоизлиянии потенцирует гибель нейронов и приводит к

- вальпроат натрия внутривенно
- диазепам внутривенно
- вальпроат натрия перорально
- диазепам внутримышечно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 лет госпитализирована бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы на интенсивное головокружение, головную боль, тошноту, повторную рвоту, выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания

Заболела около часа назад, когда внезапно появилась интенсивная головная боль в затылочной области, сопровождающаяся тошнотой, повторной рвотой, выраженной общей слабостью. Сын вызвал бригаду СМП. Зафиксировано АД 220/120 мм рт.ст. Бригадой СМП в/в введено 10 мл 25% раствора MgSO₄.

Анамнез жизни

На пенсии. До заболевания считала себя здоровой, за артериальным давлением не следила, периодически отмечалось повышение давления до 180/90 мм рт.ст., принимала капотен.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Гиперстеническое телосложение, повышенного питания. Рост 166, масса тела 92 кг. Температура тела 36,2⁰С, АД 210/100 мм рт.ст., пульс 72 уд/мин, тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: уровень сознания – легкое оглушение. Больная сонлива. Продуктивному контакту доступна, на вопросы отвечает медленно, но по существу. Ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Ригидность шейных мышц. Выраженный симптом Кернига с двух сторон. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, узкие, фотореакция, реакции на аккомодацию, конвергенцию сохранены. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Нистагм горизонтальный крупноразмашистый при взгляде в стороны с ротаторным компонентом, при взгляде вверх становится вертикальным, усиливается при взгляде вправо. Нарушений чувствительности на лице не выявлено. Мимика симметричная. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык по средней линии. Симптомов орального автоматизма нет. Мышечная сила в конечностях сохранена. Мышечный тонус низкий в правых конечностях. Сухожильные рефлексы D=S. Симптом Бабинского с двух сторон. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях не выявлено. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с лисметрией и интенционным тремором справа, слева выполняет удовлетворительно.

Очаговая неврологическая симптоматика указывает на поражение

- красного ядра слева
- правого полушария мозжечка
- левого полушария мозжечка
- красного ядра справа

Пациентке показано проведение

- красного ядра слева

- правого полушария мозжечка
- левого полушария мозжечка
- красного ядра справа

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов нейровизуализации, пациентке можно поставить диагноз

- красного ядра слева
- правого полушария мозжечка
- левого полушария мозжечка
- красного ядра справа

Диагноз

Наиболее частой причиной внутримозгового кровоизлияния является

- разрыв аневризмы основной артерии
- разрыв артерио-венозной фистулы
- церебральная амилоидная ангиопатия
- артериальная гипертензия

Коррекция артериального давления в острейшем периоде геморрагического инсульта

- не проводится
- проводится более чем на 60 мм рт ст при уровне выше 220 мм рт ст и выше
- проводится до уровня 140 мм рт ст
- проводится до уровня менее 140 мм рт ст

Гемостатическая терапия пациентке

- показана в течение 2-х недель
- показана в первые 3-е суток
- показана в течение месяца
- не показана

Пациентке необходима консультация

- кардиолога
- гематолога
- офтальмолога
- нейрохирурга

Через 12 часов после поступления у пациентки развился эпизод психомоторного возбуждения, купированный введением диазепама. После этого появился парез взора вверх, отсутствовали реакции зрачков на свет, стали нарастать расстройства сознания и дыхания, что потребовало перевода больной на искусственную вентиляцию легких.

Наиболее вероятной причиной ухудшения состояния является

- передозировка диазепама
- дислокационный синдром
- эмболия легочной артерии
- тромбоз основной артерии

С целью сохранения жизни пациентке показано проведение лечения

- внутривенное введение гепарина
- внутривенное введение тромболитика
- постановка вентрикулярного дренажа
- внутривенное введение лазикса

Для снижения внутричерепного давления неэффективным является назначение

- осмодиуретиков
- глюкокортикоидов
- барбитуратов
- салуретиков

Основной причиной смерти пациентов в остром периоде внутримозгового кровоизлияния является

- тромбоэмболия легочной артерии
- инфекционные осложнения со стороны мочевыделительной системы
- инфекционные осложнения со стороны легких
- отек и дислокация головного мозга

Основой профилактики инсульта при артериальной гипертензии является регулярный прием

+ _____ + препаратов

- тромбоэмболия легочной артерии
- инфекционные осложнения со стороны мочевыделительной системы
- инфекционные осложнения со стороны легких
- отек и дислокация головного мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет госпитализирован бригадой СМП с приема невролога.

Жалобы

Жалобы на двоение в глазах.

Анамнез заболевания

Заболел три дня назад, вечером во время просмотра телепередач появилось двоение. Измерил АД 180/110 мм рт.ст., принял капотен, АД снизилось до 160/90 мм рт.ст. В течение трех дней за медицинской помощью не обращался, АД сохранялось на цифрах 160-180/90-100 мм рт.ст. В связи с сохранением двоения обратился к офтальмологу по месту жительства, которым был направлен на консультацию к неврологу. С приема невролога госпитализирован бригадой СМП.

Анамнез жизни

Выкуривает до 1 пачки сигарет в день, алкоголь употребляет эпизодически. Страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом АД до 180/90 мм рт.ст., адаптирован к АД 140-150/80 мм рт.ст. Гипотензивную терапию принимает эпизодически (капотен). Сахарный диабет 2 тип, принимает сиофор эпизодически. Профессиональных вредностей нет. Наследственный анамнез родители пациента умерли от инсульта. Аллергических реакций не отмечает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности.

Гиперстеническое телосложение, нормального питания. Рост 178, масса тела 84 кг. Температура тела 36,2⁰ С, АД 180/90 мм рт.ст., пульс 78 уд/мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: уровень сознания – ясное. В пространстве, времени и собственной личности

ориентирован. Речь не изменена. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели DS, справа снижены фотореакция, реакция на аккомодацию. Расходящееся косоглазие, правый глаз отведен вниз и кнаружи. Чувствительность на лице не изменена. Асимметрия оскала справа. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлекс сохранены. Девиация языка вправо. Симптомы орального автоматизма: хоботковый, Маринеску-Радовичи с двух сторон. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов, правая рука отстает в пробе на ритмику. Сухожильные рефлексy S>D, симптом Бабинского слева. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон. Менингеальных симптомов нет.

Глазодвигательные нарушения, выявленные у больного, связаны с поражением + _____ + нерва

- отводящего
- глазодвигательного
- тройничного
- блокового

В неврологическом статусе у пациента выявлен синдром

- Горнера
- Бенедикта
- Вебера
- Фовиля

Синдром Вебера развивается при поражении

- покрышки среднего мозга
- основания варолиевого моста
- основания ножки мозга
- покрышки варолиевого моста

Учитывая локализацию поражения, пациенту показано проведение

- покрышки среднего мозга
- основания варолиевого моста
- основания ножки мозга
- покрышки варолиевого моста

Результаты обследования

Учитывая данные клинической картины, пациенту можно поставить диагноз

- покрышки среднего мозга
- основания варолиевого моста
- основания ножки мозга
- покрышки варолиевого моста

Диагноз

Для уточнения патогенетического варианта ишемического инсульта пациенту показано дообследование: ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ и

- покрышки среднего мозга
- основания варолиевого моста
- основания ножки мозга
- покрышки варолиевого моста

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у больного диагностирован + _____ + патогенетический вариант ишемического инсульта

- гемодинамический
- неуточнённый
- кардиоэмболический
- атеротромботический

В качестве дифференцированной терапии пациенту показано назначение

- антиагрегантов
- ноотропов
- антиоксидантов
- антикоагулянтов

Для коррекции артериального давления пациенту показано назначение

- фуросемида
- дибазола
- маннитола
- периндоприла

Учитывая наличие стеноза основной артерии, больному показано назначение

- аторвастатина
- цитиколина
- винпоцетина
- глицина

Целевой уровень холестерина липопротеидов низкой плотности при терапии статинами у больного составляет

+ _____ + моль/л

- 1,5
- 4,0
- 3,5
- 1,8

Риск повторного инсульта по шкале оценки риска повторного инсульта (ESRS) у пациента составляет 3 балла. В качестве антитромбоцитарной терапии больному показано назначение

- 1,5
- 4,0
- 3,5
- 1,8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 20 лет госпитализирован бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы активно не предъявляет из-за тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Со слов сопровождающей девушки, вернулся вчера домой после соревнований по рукопашному бою, жаловался на боль в шее и левой половине головы, выпил таблетку кетопрофена и лег спать. Утром при попытке разбудить, он с трудом открывал глаза и отмахивался левой рукой, не разговаривая. В связи с чем, девушка вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни

До настоящего времени считал себя здоровым человеком, не курит алкоголь употребляет крайне редко, учится в школе полиции. Наследственный анамнез по сердечно-сосудистой патологии не отягощен, родители здоровы.

Объективный статус

Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 178, масса тела 84 кг. Температура тела 36,2⁰ С, АД 140/80 мм рт.ст., пульс 76 уд в мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин. Неврологический статус: уровень сознания – сопор. Речевой продукции нет. На речевой стимул открывает глаза. Симптомы Бехтерева, Мондонеи слева. Глазные щели D>S. Зрачки D>S, фотореакции хорошие. За молоточком не следит. Положение глазных яблок центральное. На болевые раздражители, наносимые на лицо, хуже реагирует справа. Выраженный центральный прозопарез справа. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык в полости рта по средней линии. Симптомов орального автоматизма нет. Правосторонняя гемиплегия. Сухожильные рефлексы D

Асимметрия глазных щелей и зрачковых реакций, выявленные у пациента, связаны с развитием синдрома

- Фовилля
- Вебера
- Бенедикта
- Горнера

В первую очередь пациенту показано проведение

- Фовилля
- Вебера
- Бенедикта
- Горнера

Результаты обследования

Учитывая полученные результаты исследования, клиническую картину заболевания, диагнозом пациента является

- Фовилля
- Вебера
- Бенедикта
- Горнера

Диагноз

Учитывая данные анамнеза, клинической картины заболевания, результаты нейровизуализации, причиной ишемического инсульта у пациента является + ____ + левой внутренней сонной артерии

- извитость
- тромбоз
- атеросклероз
- диссекция

Учитывая клиническую картину заболевания и данные обследования, пациенту показано проведение

- внутривенной тромболитической терапии
- внутрисосудистой тромбоэмболэктомии
- базисной терапии ишемического инсульта
- внутриартериальной тромболитической терапии

В качестве дифференцированной терапии больному с диссекцией экстракраниального сосуда показано введение

- винпоцетина
- гепарина
- L-карнитина
- актовегина

Основным инфузионным раствором для лечения больного является раствор + ____ + % + _____ +

- 10 ; натрия хлорида
- 5 ; декстрозы
- 0,45 ; натрия хлорида
- 0,9 ; натрия хлорида

С целью профилактики тромбоза глубоких вен больному необходимо использовать

- массаж правых конечностей
- транскраниальную магнитную стимуляцию
- общую гипотермию
- перемежающуюся пневмокомпрессию

Состояние пациента с отрицательной динамикой. Уровень сознания – кома 1, мидриаз слева, отсутствует фотореакция слева, тетраплегия, двусторонний симптом Бабинского. Ухудшение состояния больного связано с развитием + _____ + вклинения

- мозжечково-тенториального
- височно-тенториального
- затылочного
- подфальксного

Пациент переведен на ИВЛ. С целью коррекции отека головного мозга больному необходимо поднять головной конец кровати на 30° и назначить

- преднизолон
- маннитол
- фуросемид
- 10% раствор глюкозы

Учитывая злокачественное течение ишемического инсульта, больному показано

- отключение от аппарата ИВЛ
- паллиативное лечение
- продолжение базисной терапии
- хирургическое лечение

Хирургическое лечение злокачественного ишемического инсульта возможно у пациентов в возрасте до + ____ лет

- отключение от аппарата ИВЛ
- паллиативное лечение
- продолжение базисной терапии
- хирургическое лечение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д. 46 лет, обратился к врачу-неврологу. На прием пришел в сопровождении супруги.

Жалобы

На сильное пошатывание при ходьбе, скованность, двоение в глазах, неконтролируемое дрожание рук. Периодически отмечается недержание мочи.

Анамнез заболевания

Заболел около 6 месяцев назад, когда появились пошатывание при ходьбе и преходящее двоение в глазах. Нарушение координации прогрессировало: появились падения вперед; возникла скованность, дрожание рук, нарушение поведения. Эректильная дисфункция в течение 4-х месяцев. Со слов жены, стал более медлительным. Периодически отмечается недержание мочи.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;
- * у отца отмечался тремор рук, не обследовался, не лечился.

Объективный статус

Отмечена ортостатическая гипотензия со следующими параметрами:

АД сидя: 140/90 мм рт.ст., ЧСС 65 в минуту.

АД стоя:

1-ая минута 110/70 мм рт.ст., ЧСС 62 в минуту,

2-ая минута 110/70 мм рт.ст., ЧСС 62 в минуту,

3-я минута: 110/70 мм рт.ст., ЧСС 62 в минуту,

4-я минута: 100/70 мм рт.ст., ЧСС 62 в минуту,

5-ая минута: 120/70 мм рт.ст., ЧСС 65 в минуту.

Неврологический статус: В сознании. Эмоционально лабилен. ЧМН: ограничение взора вверх и нарушение конвергенции, гипомимия, дисфагия, дизартрия. Выраженная статическая и динамическая атаксия. Грубый интенционный симметричный тремор в верхних конечностях. Повышение мышечного тонуса в конечностях по пластическому типу, феномен "зубчатого колеса", олигобрадикинезия при выполнении динамических проб, с двух сторон, D=S. Торсионно-дистонические спазмы. Мышечная сила сохранена. Сухожильные рефлексы D=S, высокие, положительный рефлекс Россолимо с двух сторон, положительный рефлекс Бабинского с двух сторон. Чувствительных нарушений нет. Нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи. Менингеальных знаков нет.

Наиболее вероятной причиной заболевания у пациента является + _____ + процесс центральной нервной системы

- нейродегенеративный
- инфекционный
- сосудистый
- демиелинизирующий

Диагноз пациента устанавливается с помощью

- нейродегенеративный
- инфекционный
- сосудистый
- демиелинизирующий

Результаты обследования

С учетом экстрапирамидной и мозжечковой симптоматики, у пациента можно в первую очередь исключить

- эссенциальный тремор
- болезнь Паркинсона
- болезнь Гентингтона
- болезнь Вильсона-Коновалова

Ведущим клиническим критерием, необходимым для постановки диагноза, является наличие в неврологическом статусе + _____ + синдрома

- мозжечковой атаксии
- вегетативной недостаточности
- нарушения тазовых функций
- акинетико-ригидного

Наиболее вероятным диагнозом является

- мозжечковой атаксии
- вегетативной недостаточности

- нарушения тазовых функций
- акинетико-ригидного

Диагноз

Патогномоничными проявлениями мультисистемной атрофии являются

- эмоциональная лабильность
- вегетативные нарушения
- нейродинамические когнитивные расстройства
- нарушения сна

Пациенту должны быть назначены

- агонисты NMDA-рецепторов
- препараты леводопы
- трициклические антидепрессанты
- ингибиторы ацетилхолинэстеразы

При назначении препаратов леводопы у пациента может усиливаться

- акционный тремор
- интенционный тремор
- ортостатическая гипотензия
- нарушение тазовых функций

Когнитивная дисфункция в рамках мультисистемной атрофии чаще проявляется

- выраженной амнезией
- умеренными когнитивными нарушениями
- зрительной агнозией
- тяжелой деменцией

Для уменьшения выраженности аффективных нарушений при мультисистемной атрофии рекомендуется использовать

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- амантадин
- трициклические антидепрессанты
- когнитивно-поведенческую терапию

С целью симптоматической терапии ортостатической гипотензии пациенту может быть назначен

- кордиамин
- флудрокортизон
- сертралин
- нейромидин

С целью симптоматической терапии нарушений мочеиспускания пациенту может быть назначен

- кордиамин
- флудрокортизон
- сертралин
- нейромидин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 49 лет обратился к неврологу поликлиники.

Жалобы

На двусторонние головные боли сжимающего характера по типу «обруча».

Анамнез заболевания

Более 15 лет беспокоят головные боли. В начале головные боли появлялись после психоэмоциональных стрессов, постепенно их частота и продолжительность нарастали. Головные боли носят сжимающий характер по типу «обруча», двусторонней локализации. Для облегчения головной боли практически ежедневно принимает анальгетики, последние три года практически ежедневно. Участились конфликты с соседями из-за постоянной головной боли.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет;
- * курит пачку сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет;
- * работает программистом.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 188 см. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Общемозговых и менингеальных симптомов нет, очаговой симптоматики нет. Пациент тревожен, многословен, подробно описывает своё состояние.

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- клинический
- инструментальный
- лабораторный
- молекулярно-генетический

Важным диагностическим критерием разновидности головной боли является

- наличие признаков вегетативной недостаточности
- возникновение головной боли без предвестников
- наличие тошноты, светобоязни
- двусторонняя локализация, сжимающий характер

Одним из ведущих факторов хронизации головной боли у пациента явился

- возраст моложе 50 лет
- бесконтрольный прием обезболивающих
- малоподвижный образ жизни
- конфликты с соседями

Предполагаемый основной диагноз - это

- возраст моложе 50 лет
- бесконтрольный прием обезболивающих
- малоподвижный образ жизни
- конфликты с соседями

Диагноз

Основным диагностическим критерием головной боли у пациента является

- число дней с приемом обезболивающих в месяц
- болезненное напряжение мышц при пальпации
- снижение работоспособности, трудность концентрации внимания
- интенсивность головной боли

Лечение головной боли у пациента следует начинать с

- увеличения дозы принимаемого анальгетика
- добавления к терапии эрготаминов
- добавления к терапии триптанов
- отмены препаратов злоупотребления

Параллельно с основной терапевтической стратегией необходимо проведение

- детоксикации
- массажа
- эрготерапии
- физиотерапии

Препаратами первого выбора в качестве профилактической терапии головной боли являются

- антидепрессанты
- кортикостероиды
- сосудорасширяющие
- ноотропы

В тяжелых случаях при неэффективности проводимых мероприятий показано назначение препаратов из группы

- триптанов
- нейролептиков

- антигистаминных
- вазоактивных

Наиболее частыми коморбидными нарушениями у пациентов с хроническими головными болями является(-ются)

- фото- и фонофобия, тошнота
- тревожные расстройства
- снижение обоняния
- метаморфопсии, тошнота, рвота

Риск абзусной головной боли высок при длительном употреблении НПВП, более, чем + ____ + дней в месяц

- 5
- 10
- 7
- 15

В патогенезе головных болей напряжения играют роль + _____ + факторы

- 5
- 10
- 7
- 15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 39 лет обратилась к неврологу поликлиники.

Жалобы

На головные боли.

Анамнез заболевания

Головные боли беспокоят примерно с 25-летнего возраста. Боль двусторонняя, сжимающего характера, умеренной интенсивности, не усиливается при обычной физической нагрузке, сопровождается непереносимостью яркого света. Частота приступов— до 10-12 дней в месяц, продолжительностью до 3-4 ч.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * работает бухгалтером.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Общемозговых и менингеальных симптомов нет, четкой очаговой симптоматики нет. При пальпации отмечается болезненность перикраниальных мышц.

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- клинический
- лабораторный
- молекулярно-генетический
- инструментальный

Важным диагностическим критерием данной патологии является

- наличие признаков вегетативной недостаточности
- наличие тошноты, светобоязни
- возникновение головной боли без предвестников
- двусторонняя локализация, сжимающий характер

Предполагаемый основной диагноз

- наличие признаков вегетативной недостаточности
- наличие тошноты, светобоязни
- возникновение головной боли без предвестников
- двусторонняя локализация, сжимающий характер

Диагноз

Важным диагностическим критерием разновидности головной боли у пациентки является

- связь с физической нагрузкой
- интенсивность головной боли
- болезненность перикраниальных мышц
- двусторонняя локализация боли

Клинический диагноз с учетом всех характеристик заболевания: + _____ + головная боль + _____ +

- хроническая; напряжения с вовлечением перикраниальных мышц
- цервикогенная; с миофасциальным синдромом
- эпизодическая; напряжения с вовлечением перикраниальных мышц
- хроническая; напряжения без вовлечения перикраниальных мышц

Наиболее эффективным способом лечения головной боли у пациентки является назначение

- триптанов
- НПВП
- стероидов
- эрготаминов

Препаратами выбора в качестве профилактической терапии головной боли у пациентки являются

- антигистаминные
- сосудорасширяющие

- антидепрессанты
- кортикостероиды

При неэффективности или непереносимости препаратов первого выбора показано назначение + _____ + или + _____ +

- вазоактивных препаратов ; ноотропов
- антиконвульсантов ; миорелаксантов
- кортикостероидов ; антигистаминных
- вазоактивных препаратов ; триптанов

При отсутствии результата от назначенной терапии эффективным способом лечения является

- компрессы с дексаметазоном
- магнитная стимуляция
- массаж воротниковой зоны
- введение ботулинического токсина

Сигналами опасности при данной патологии являются

- болезненное напряжение мышц при пальпации
- возникновение после 50 лет, прогрессивное ухудшение
- двусторонний характер головной боли
- сопутствующая вегетативная симптоматика

В патогенезе головных болей напряжения играют роль + _____ + факторы

- токсические
- генетические
- метаболические
- психогенные

Одним из ведущих факторов хронизации головной боли является

- токсические
- генетические
- метаболические
- психогенные

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет обратилась к неврологу поликлиники.

Жалобы

На головные боли.

Анамнез заболевания

Подобные головные боли беспокоят около 8 лет. Боль возникает во второй половине дня, начинается с затылочной области, распространяется на обе стороны, сжимающего характера, умеренной интенсивности. Частота приступов — до 17 дней в месяц, продолжительностью до 5 ч. Принимает различные обезболивающие с кратковременным эффектом.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * работает учителем в школе.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 65 кг, рост 164 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Общемозговых и менингеальных симптомов нет, четкой очаговой симптоматики нет. Дистальный гипергидроз и гипотермия. При пальпации отмечается болезненность перикраниальных мышц.

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- клинический
- инструментальный
- лабораторный
- молекулярно-генетический

Важным диагностическим критерием данной патологии является

- наличие тошноты, светобоязни
- двусторонняя локализация, сжимающий характер
- возникновение головной боли без предвестников
- наличие признаков вегетативной недостаточности

Предполагаемый основной диагноз

- наличие тошноты, светобоязни
- двусторонняя локализация, сжимающий характер
- возникновение головной боли без предвестников
- наличие признаков вегетативной недостаточности

Диагноз

Важным дополнением к диагнозу пациентки является

- двусторонняя локализация боли
- связь с физической нагрузкой
- интенсивность головной боли
- болезненность перикраниальных мышц

Клинический диагноз с учетом всех характеристик заболевания: хроническая головная боль напряжения

- двусторонней локализации
- средней интенсивности
- не связанная с физической нагрузкой
- с напряжением перикраниальных мышц

Одним из ведущих факторов хронизации головной боли является

- сопутствующий сахарный диабет
- малоподвижный образ жизни
- бесконтрольный прием обезболивающих
- возраст старше 50 лет

Наиболее эффективным способом лечения головной боли у пациентки является назначение

- триптанов
- эрготаминов
- НПВП
- стероидов

Препаратами первого выбора в качестве профилактической терапии головной боли у пациентки являются

- сосудорасширяющие
- кортикостероиды
- антигистаминные
- антидепрессанты

При неэффективности или непереносимости препаратов первого выбора показано назначение

- антиконвульсантов или миорелаксантов
- вазоактивных препаратов или триптанов
- вазоактивных препаратов или ноотропов
- кортикостероидов или антигистаминных

При отсутствии результата от назначенной терапии эффективным способом лечения является

- массаж воротниковой зоны
- компрессы с дексаметазоном
- магнитная стимуляция
- ботулинотерапия

Сигналами опасности при головной боли являются

- двусторонний характер головной боли
- сопутствующая вегетативная симптоматика
- болезненное напряжение мышц при пальпации

- возникновение после 50 лет, прогрессивное ухудшение

В патогенезе головных болей напряжения важную роль играют + _____ + факторы

- двусторонний характер головной боли
- сопутствующая вегетативная симптоматика
- болезненное напряжение мышц при пальпации
- возникновение после 50 лет, прогрессивное ухудшение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 32 лет обратилась к неврологу поликлиники.

Жалобы

На приступы головной боли продолжительностью 1,5-2 ч.

Анамнез заболевания

Головные боли беспокоят с 16-летнего возраста. Боль двусторонняя, давящего характера по типу «обруча», умеренной интенсивности, не усиливается при обычной физической активности, сопровождается непереносимостью громких звуков. Пациентка отмечает усиление боли на фоне эмоциональных переживаний и облегчение при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления. Частота приступов — более 180 дней в год.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез не отягощен;
- * хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 171 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 уд/мин, АД 130/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Общемозговых и менингеальных симптомов нет, четкой очаговой симптоматики нет. При пальпации отмечается болезненность перикраниальных мышц.

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- лабораторный
- инструментальный
- молекулярно-генетический
- клинический

Важным диагностическим критерием данной патологии является

- наличие признаков вегетативной недостаточности
- наличие тошноты, светобоязни
- двусторонняя локализация, сжимающий характер
- возникновение головной боли без предвестников

Предполагаемый основной диагноз - это

- наличие признаков вегетативной недостаточности
- наличие тошноты, светобоязни
- двусторонняя локализация, сжимающий характер
- возникновение головной боли без предвестников

Диагноз

Важным диагностическим критерием головной боли у пациентки является

- связь с физической нагрузкой
- болезненность перикраниальных мышц
- интенсивность головной боли
- двусторонняя локализация боли

Клинический диагноз с учетом всех характеристик заболевания

- хроническая мигрень со стволовой аурой
- эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц
- хроническая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц
- цервикогенная головная боль, миофасциальный синдром

Наиболее эффективным способом лечения головной боли у пациентки является назначение

- стероидов
- эрготаминов
- триптанов
- НПВП

Препаратами первого выбора в качестве профилактической терапии головной боли у пациентки являются

- антидепрессанты
- нейролептики
- кортикостероиды
- бензодиазепины

При неэффективности или непереносимости препаратов первого выбора показано назначение

- вазоактивных препаратов или триптанов
- антиконвульсантов или миорелаксантов
- кортикостероидов или антигистаминных
- вазоактивных препаратов или ноотропов

При отсутствии результата от назначенной терапии эффективным способом лечения является

- ботулинотерапия
- физиотерапия

- эрготерапия
- массаж

Сигналами опасности при данной патологии является(-ют)ся

- болезненное напряжение мышц при пальпации
- двусторонний характер головной боли
- возникновение после 50 лет, прогрессивное ухудшение
- сопутствующая вегетативная симптоматика

Одним из ведущих факторов хронизации головной боли является

- малоподвижный образ жизни
- бесконтрольный прием обезболивающих
- возраст старше 50 лет
- сопутствующий сахарный диабет

В патогенезе головных болей напряжения играют важную роль + _____ + факторы

- малоподвижный образ жизни
- бесконтрольный прием обезболивающих
- возраст старше 50 лет
- сопутствующий сахарный диабет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет обратился к неврологу поликлиники.

Жалобы

На головные боли.

Анамнез заболевания

Головные боли беспокоят примерно с 25-летнего возраста. Боли имеют двустороннюю локализацию, давящий характер, умеренную интенсивность. Длятся от 40 минут до 3 часов. Тошнота, головокружение отсутствуют. Боли подобного характера возникают до 2 раз в неделю (8 болевых дней в месяц), усиливаются на фоне эмоциональных переживаний и утомления.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Общемозговых и менингеальных симптомов нет, очаговой неврологической симптоматики нет.

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- клинический
- лабораторный
- инструментальный
- молекулярно-генетический

Важным диагностическим критерием разновидности головной боли является

- возникновение головной боли без предвестников
- наличие тошноты, светобоязни
- наличие признаков вегетативной недостаточности
- двусторонняя локализация, сжимающий характер

Предполагаемый основной диагноз - это

- возникновение головной боли без предвестников
- наличие тошноты, светобоязни
- наличие признаков вегетативной недостаточности
- двусторонняя локализация, сжимающий характер

Диагноз

Для более точной диагностики характера головной боли пациент должен

- запоминать длительность приступов
- вести дневник головной боли
- регулярно посещать врача
- запоминать частоту приступов

В патогенезе головных болей напряжения играют роль + _____ + факторы

- токсические
- генетические
- метаболические
- психогенные

Наиболее эффективным способом лечения головной боли у пациента является назначение

- триптанов
- НПВП
- стероидов
- эрготаминов

Препаратами первого выбора в качестве профилактической терапии головной боли у пациента являются

- антидепрессанты
- нейролептики

- кортикостероиды
- бета-адреноблокаторы

При неэффективности или непереносимости препаратов первого выбора показано назначение

- кортикостероидов или антигистаминных
- вазоактивных препаратов или триптанов
- антиконвульсантов или миорелаксантов
- вазоактивных препаратов или ноотропов

Профилактическое лечение головной боли считают эффективным если частота её эпизодов за 3 месяца лечения сокращается на +__+ % и более

- 50
- 30
- 20
- 10

Вариантом вторичной головной боли является

- кластерная головная боль
- головная боль напряжения
- мигрень с аурой
- гипертензионная головная боль

Сигналами опасности при головной боли являют(-ют)ся

- болезненное напряжение мышц при пальпации
- возникновение после 50 лет, прогрессивное ухудшение
- сопутствующая вегетативная симптоматика
- двусторонний характер головной боли

Срочная консультация невролога требуется, если головная боль усиливается при

- болезненное напряжение мышц при пальпации
- возникновение после 50 лет, прогрессивное ухудшение
- сопутствующая вегетативная симптоматика
- двусторонний характер головной боли

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 25 лет обратилась за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

На изменение речи, поперхивание при глотании, дрожание рук, непроизвольные движения в руках, неустойчивость при ходьбе, снижение памяти, раздражительность.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 1,5 лет, когда изменился почерк (стал мелким и неразборчивым), начали беспокоить «скованность» и произвольные движения в руках, неустойчивость при ходьбе. В последние 6-8 месяцев проявились снижение памяти, трудности поддержания внимания, которые вынудили прервать обучение в институте. В течение последних 2-3 месяцев присоединилось изменение голоса (он стал тише, с трудом произносятся глухие согласные), речь замедлилась, появились затруднения при глотании, слюнотечение, усилились замедленность и неустойчивость при ходьбе. Пациентка по своей инициативе выполнила МРТ головного мозга.

МРТ головного мозга.

Анамнез жизни

- * У двоюродной сестры 12 лет со стороны матери отмечается дрожание рук с 10 лет;
- * хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Пациентка контактна, недостаточно критична к своему состоянию, элементы эйфории, «лобного» юмора, нарушение дистанции при общении, снижение критики к своему состоянию. При нейропсихологическом осмотре: замедление когнитивных функций, снижение памяти. По краткой шкале оценки психического статуса – 24 из 30 баллов. Гипомимия, гипокинетическая дизартрия. Объем движений глазных яблок не ограничен, легкая гипомимия. Рефлексы орального автоматизма средней живости. Тонус повышен по пластическому типу в сгибателях конечностей. Гипокинезия в конечностях при выполнении динамических проб. Сухожильные рефлексы оживлены, зоны расширены, патологических рефлексов нет. Выявляются среднеамплитудный постуральный тремор в руках, усиливающийся до крупноамплитудного при активных движениях. Произвольные движения в руках в виде сгибания кистей рук с переразгибанием пальцев в пястно-фаланговых суставах, внезапного кратковременного неритмичного вздрагивания (в покое, в начале действия). Походка замедленная, гипохейрокинез с двух сторон. Неустойчивость, ретропульсия в пробе с подталкиванием пациентки в положении стоя. Чувствительных нарушений нет.

При неврологическом осмотре выявляется

- атактический синдром
- вестибулярная атаксия
- гиперкинетический синдром
- диспраксия ходьбы

Проявлением гиперкинетического синдрома является

- хорей
- тик
- дистония
- баллизм

Проявлением гиперкинетического синдрома является

- стереотипия
- миоритимия
- миоклонус
- миокимия

При неврологическом осмотре выявляется

- пирамидный синдром
- хореический синдром
- синдром паркинсонизма
- мозжечковая атаксия

Ключевым симптомом синдрома паркинсонизма является

- нарушение постуральных рефлексов
- брадикинезия
- тремор покоя
- тремор действия

Помимо двигательных нарушений, при осмотре выявляется

- психоз
- деменция
- лобная атаксия
- афазия

Помимо двигательных нарушений, при осмотре выявляются

- психотические нарушения
- нарушения сознания
- поведенческие нарушения
- пароксизмальные состояния

Наиболее вероятным клиническим диагнозом является

- психотические нарушения
- нарушения сознания
- поведенческие нарушения
- пароксизмальные состояния

Диагноз

Характерным для этого заболевания является

- молодой возраст
- сохранность когнитивных функций
- пожилой возраст
- чувствительные нарушения

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить

- молодой возраст
- сохранность когнитивных функций

- пожилой возраст
- чувствительные нарушения

Результаты обследования

Для лечения симптомов заболевания препаратом выбора является

- Д-пеницилламин (купренил)
- тригексифенидил (циклодол)
- клоназепам
- пирацетам

При непереносимости Д-пеницилламина может рекомендоваться

- Д-пеницилламин (купренил)
- тригексифенидил (циклодол)
- клоназепам
- пирацетам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет по настоянию дочери обратилась за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

На дневную сонливость, замедленность движений

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 6 лет с появления замедленности движений, больше выраженной в правой руке и ноге. Установлен диагноз «болезнь Паркинсона», получает комбинированную терапию: прамипексол 3 мг в сутки, леводопа/бензеразид 200/50 мг по 1 табл. 3 раза в день (600 мг леводопы в сутки) с хорошим эффектом. Около года назад стали заметны трудности поддержания внимания при разговоре, снижение памяти на текущие события. Появилась избыточная дневная сонливость в виде кратковременных засыпаний во время отдыха в кресле, при просмотре телепередач, иногда в ходе спокойной беседы с близкими. Родственники обратили внимание на сужение круга повседневных занятий, снижение интереса к событиям в семье, побуждений к общению с родственниками и подругами. При этом отмечается сохранение благодушного настроения. Поводом для обращения к врачу стал ночной эпизод, когда пациентка разговаривала в пустой комнате, а утром сообщила о том, что «в гости приходили незнакомые люди с детьми».

Анамнез жизни

- * Заболевания двигательной сферы у родственников отрицает.
- * хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Со стороны соматического статуса без существенных отклонений. Гипомимия, гипофония. Рефлексы орального автоматизма средней живости. Мышечный тонус повышен по пластическому типу в аксиальной мускулатуре и правых конечностях. Непостоянный мелкоамплитудный тремор покоя в левой руке.

Гипокинезия при выполнении динамических проб с двух сторон, больше справа. Микрография. Туловищная брадикинезия. Походка изменена, с укорочением длины и снижением высоты шага справа, гипохейрокинез справа. При проверке постуральных рефлексов ретропульсия с самостоятельным восстановлением. По краткой шкале оценки психического статуса 23 из 30 баллов.

Ведущим неврологическим синдромом является

- псевдобульбарный синдром
- правосторонняя гемидистония
- диспраксия ходьбы
- синдром паркинсонизма

Нарушение поведения у пациентки определяется как

- агрессия
- тревога
- депрессия
- апатия

Ночной эпизод изменения поведения определяется как

- первичная инсомния
- спутанность
- галлюцинации
- делирий

При нейропсихологическом обследовании пациентки ключевыми когнитивными нарушениями являются нарушения

- внимания
- гнозиса
- речи (афазия)
- праксиса

Основной причиной психотических нарушений у пациентки является

- побочный эффект прамипексола
- побочный эффект леводопы
- течение заболевания
- ухудшение зрения

Предрасполагающим фактором к развитию психических нарушений у пациентки является

- длительный прием леводопы
- когнитивное снижение
- депрессия
- отсутствие «лекарственных каникул»

Одним из предрасполагающих факторов к развитию психических нарушений у пациентки является

- пожилой возраст
- женский пол
- наличие тремора покоя
- доминирование правосторонней симптоматики

Для минимизации риска провокации галлюцинаций целесообразно

- назначить хлорпротиксен
- снизить дозу леводопы
- снизить дозу прамипексола
- назначить пирацетам

Для лечения когнитивных нарушений и минимизации риска возникновения галлюцинаций целесообразно назначить

- винпоцетин
- ривастигмин
- церебролизин
- мексидол

В случае сохранения галлюцинаций целесообразно дополнительно назначить

- галоперидол
- винпоцетин
- церебролизин
- кветиапин

Для минимизации апатии пациентке целесообразно назначить

- винпоцетин
- пароксетин
- ривастигмин
- альпрозалам

Для уменьшения дневной сонливости рекомендуется

- винпоцетин
- пароксетин
- ривастигмин
- альпрозалам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 74 лет обратилась за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

На усиление замедленности движений, ощущения «скованности», «напряженности» в мышцах.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 7 лет с появления замедленности движений, больше выраженной в правой руке и ноге. Установлен диагноз «болезнь Паркинсона», получает комбинированную терапию: прамипексол 1,5 мг в сутки, леводопа/бензеразид 200/50 мг по 1 табл. 3 раза в день (600 мг леводопы в сутки) с хорошим эффектом. В течение полугода отмечает снижение эффективности лечения – после обеда «таблетка срабатывает слабее», могут отмечаться «застывания». Иногда действие препарата продолжается около 3 часов с усилением замедленности движений, ощущения «скованности», «напряженности» в мышцах, которое проходит лишь через 40-60 минут после приема очередной дозы препаратов. Наряду с этим, через 1-1,5 часа после приема очередной дозы препарата отмечаются избыточные суетливые движения, жестикуляция, иногда при волнении непроизвольное раскачивание тела, «пританцовывание» на месте. Последние два месяца ощущает «присутствие посторонних людей» за спиной, отмечает быстрый «промельк» в поле зрения силуэта человека.

Анамнез жизни

- * У бабушки по линии матери отмечалась деменция в пожилом возрасте;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Со стороны соматического статуса без существенных отклонений. По данным осмотра через 1,5 часа после приема таблетки леводопа/бензеразид (мадопара) 200/50 мг: легкая двигательная расторможенность, непроизвольные неритмичные движения в лицевой мускулатуре. Мышечный тонус незначительно повышен по пластическому типу в аксиальной мускулатуре и правых конечностях. Легкая гипокинезия при выполнении динамических проб в правых конечностях. Темп ходьбы снижен, укорочение длины и снижение высоты шага справа. При проверке постуральных рефлексов отклоняется назад (ретропульсия) с самостоятельным восстановлением равновесия. По краткой шкале оценки психического статуса 27 из 30 баллов.

При неврологическом осмотре выявляется

- синдром паркинсонизма
- лицевой гемиспазм
- атактический синдром
- торсионная дистония

При неврологическом осмотре выявляется

- центральный правосторонний гемипарез
- гиперкинетический синдром
- диспраксия ходьбы
- вестибулярная атаксия

Изменение эффективности терапии (сокращение длительности эффекта дозы) у пациентки именуется

- феноменом неэффективности терапии леводопой
- феноменом «ухудшения» после приема леводопы

- непредсказуемыми флуктуациями
- феноменом «истощения» эффекта дозы

Непроизвольные движения, возникающие через 1-1,5 часа после приема дозы препарата леводопы, определяются как

- крампи
- миоклонус
- дистония
- хоря

Непроизвольные движения, возникающие через 1-2 часа после приема дозы препарата леводопы, определяются как

- дискинезии периода «выключения»
- дискинезии «пика дозы»
- двухфазные дискинезии
- дискинезии «конца действия дозы»

Изменение эффективности терапии (сокращение длительности эффекта дозы) у пациентки именуется

- дискинезиями на фоне приема леводопы
- феноменом «истощения» эффекта дозы
- феноменом «ухудшения» после приема леводопы
- феноменом неэффективности терапии леводопой

Основной причиной изменения эффективности терапии (сокращения длительности эффекта дозы) является

- высокая доза леводопы
- тяжесть заболевания
- привыкание к леводопе
- поздний дебют заболевания

Фактором риска появления насильственных движений (гиперкинезов) у пациентки является

- низкая эффективность леводопы
- наследственный анамнез
- отсутствие тремора
- длительность заболевания

Зрительные феномены, появившиеся у пациентки, определяются как

- малые галлюцинации
- спутанность сознания
- бред преследования
- делирий

Для минимизации риска возникновения галлюцинаций целесообразно в первую очередь

- назначить азалептин
- назначить пирацетам
- отменить прамипексол
- назначить хлорпротиксен

Для коррекции двигательных нарушений целесообразно

- назначить тригексифенидил
- назначить ропинирол
- назначить пирибедил
- изменить схему приема леводопы

Для уменьшения выраженности гиперкинезов может рекомендоваться

- назначить тригексифенидил
- назначить ропинирол
- назначить пирибедил
- изменить схему приема леводопы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 71 года обратился за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

На ограничение движений в правой руке, ощущение в ней «скованности», непроизвольное сгибание пальцев кисти, предплечья в локтевом суставе; замедленность при ходьбе, неустойчивость.

Анамнез заболевания

Около трех лет назад отметил «скованность» в правой руке, изменение почерка в виде уменьшения размера букв при письме, «шарканье» правой ногой при ходьбе. Через год появились эпизодическое, а затем и постоянное изменение позы правой руки (сгибание пальцев кисти), неустойчивость при ходьбе с редкими падениями назад. В течение последнего месяца отмечались эпизоды неконтролируемых движений правой рукой (сжимание, разжимание руки в кулак, взмахи), появилось ощущение, что «рука чужая, мешает».

Анамнез жизни

- * Заболевания двигательной сферы у родственников отрицает;
- * хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

При соматическом обследовании значимых изменений не обнаружено. По краткой шкале оценки психического статуса 27 из 30 баллов. Ограничение движения глазных яблок вверх. Гипомимия, гипокинетическая дизартрия. Рефлексы орального автоматизма средней живости. Правосторонняя гиперрефлексия, симптом Тремнера, хватательный рефлекс справа. Правое плечо приведено к туловищу, предплечье согнуто в локте, пальцы кисти – в лучезапястном суставе. Дрожание в правой руке при её

вытягивании вперед и при проведении пальценосовой пробе. Короткие, толчкообразные непроизвольные сокращения мышц предплечья и кисти правой руки. Мышечный тонус повышен в аксиальной мускулатуре, в правой руке и ноге. Замедленность и постепенное снижение амплитуды движений при выполнении динамических проб в правой руке и ноге. В правой руке утрачена способность узнавать предметы на ощупь. Неустойчивость, ретропульсия в пробе с подталкиванием пациента в положении стоя. Пациент прошел МРТ (рисунок) по собственной инициативе. Выявлено расширение арахноидальных пространств конвексимальных поверхностей мозга с преобладанием в левой лобной и теменной долях.

{nbsp}
Рисунок. МРТ головного мозга

При неврологическом осмотре выявляется

- синдром паркинсонизма
- сенситивная атаксия
- диспраксия ходьбы
- мозжечковая атаксия

Особенностью клинической картины у данного пациента является

- сохранность постуральных рефлексов
- симметричный паркинсонизм
- тремор покоя
- гиперкинетический синдром

Короткие толчкообразные сокращения мышц правой руки именуется

- тремором
- миоклонусом
- тиками
- дистонией

Изменение позы руки является проявлением

- хорей
- атетоза
- дистонии
- паркинсонизма

Нарушение распознавания предметов на ощупь именуется

- аутопагнозией
- анозогнозией
- астереогнозом
- гипестезией

С поражением + _____ + мозга связано нарушение распознавания предметов на ощупь

- височной коры

- базальных ганглиев
- лобной коры
- теменной коры

Наиболее вероятным клиническим диагнозом является

- височной коры
- базальных ганглиев
- лобной коры
- теменной коры

Диагноз

Для клинической картины заболевания является характерным

- афазия
- симметричный паркинсонизм
- гиперкинетический синдром
- зрительные галлюцинации

Для клинической картины заболевания является характерным синдром

- «чужой конечности»
- «беспокойных ног»
- периодических движений конечности
- «болезненных рук-движущихся пальцев»

Ожидаемым эффектом препарата леводопы при этом заболевании является

- значительное уменьшение гипокинезии
- усиление имеющихся гиперкинезов
- незначительное уменьшение гипокинезии
- феномен «изнашивания дозы»

Для уменьшения дистонического гиперкинеза целесообразно назначить

- ботулотоксин
- толперизон
- тизанидин
- этилметилгидроксипиридина сукцинат

Дополнительным методом терапии является

- ботулотоксин
- толперизон
- тизанидин
- этилметилгидроксипиридина сукцинат

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 55 лет. Переведен в реанимационное отделение после операции – тромбэктомии по поводу гемодинамически значимого стеноза правой внутренней сонной артерии (ВСА).

Жалобы

Жалуется на головокружение, слабость в левой руке, ноге.

Анамнез заболевания

В течение последних 3 лет периодически возникала слабость в левых руке и ноге. Обратился к неврологу в поликлинике. При проведении дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий был выявлен гемодинамически значимый стеноз правой внутренней сонной артерии (81%). Пациент был направлен к сосудистому хирургу и госпитализирован для проведения тромбэктомии правой внутренней сонной артерии. После операции очнулся с левосторонним гемипарезом.

Анамнез жизни

Анамнез не отягощен. Не работает. Живет в отдельной квартире с семьей. Не курит. Алкоголь не употребляет.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 180 см. Температура тела 36,6⁰С.

* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту.

* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация: над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. PO_2 98%

* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 155/70 мм.рт.ст.

* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

* Неврологический статус: ориентация в месте, времени, собственной личности сохранена, контактен, фон настроения не снижен, критика к своему состоянию сохранена. Общемозговые симптомы отсутствуют.

Менингеальных симптомов нет. Мышечная сила в левой руке и ноге снижена, снижена чувствительность в левых руке и ноге. Тазовых нарушений нет.

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- ботулотоксин
- толперизон
- тизанидин
- этилметилгидроксипиридина сукцинат

Результаты инструментальных методов обследования

КТ головного мозга должна быть выполнена в течение первых + _____ + минут от начала заболевания

- 90
- 40

- 120
- 60

Предположительным диагнозом после проведения КТ головного мозга является

- 90
- 40
- 120
- 60

Диагноз

При КТ выявляется + _____+, что является косвенным симптомом поражения магистрального сосуда

- участок отсутствия потока в синусе.
- визуализация поверхностных мелких сосудов
- повышение плотности дурального синуса
- повышение плотности артерии

Противопоказанием к проведению системного тромболитизиса при ишемическом инсульте является

- наличие старых инсультов
- внутричерепное кровоизлияние
- объем зоны ишемии $<1/3$ бассейна средней мозговой артерии
- отсутствие КТ-признаков зоны ишемии

По косвенным КТ признакам затромбирован + _____+ артерии

- сегмент М1-М2 правой средней мозговой
- сегмент М1-М2 левой средней мозговой
- сегмент М3 правой средней мозговой
- сифон правой внутренней сонной

Противопоказанием к тромболитической терапии по данным КТ головного мозга является объем ишемии головного мозга, составляющий по шкале ASPECT + ____+ баллов

- 6
- 9
- 10
- 8

Условием для проведения тромболитической терапии является время от начала возникновения симптомов ОНМК до проведения тромболитизиса менее + ____+ часов

- 10
- 4,5
- 8,5

- 6

Условием для проведения механической тромбэкстракции у пациента, при оценке по шкале инсульта NIHSS, является + ____ + балл/баллов

- 3
- 1
- 6
- 2

Тромболитическую терапию у пациента с ОНМК проводят в

- машине скорой помощи
- блоке реанимации
- неврологическом отделении
- дневном стационаре

Для проведения тромбэкстракции условием является время от начала возникновения симптомов ОНМК до проведения тромбэкстракции

- 6
- 12
- 8
- 24

Наиболее частым осложнением тромболитической терапии при лечении ишемического инсульта является

- 6
- 12
- 8
- 24

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 43 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в связи с ухудшением состояния.

Жалобы

На повышение температуры до 37,4^оС, слабость, головную боль, боли в мышцах, перекос лица, невозможность закрыть правый глаз.

Анамнез заболевания

Недомогание почувствовал около 3-4 недель назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Жена больного обратила внимание на красное округлое образование в области поясницы, которое в течение двух дней мигрировало по своей локализации и увеличилось в размерах. Появились головные боли, боли в мышцах, простреливающие боли в шее. Поводом обращения к врачу стал перекос лица, невозможность закрыть правый глаз.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания был практически здоров. Увлекается рыбалкой, грибной охотой. Аллергоанамнез не отягощен. Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

При поступлении: состояние средней тяжести.

На коже поясницы красное округлое образование.

{nbsp}

Температура тела 37,3^оС, АД 120/80 мм рт.ст., пульс 68 уд/мин, ритмичный, тоны сердца приглушены. ЧДД 18 в минуту. Увеличены паховые лимфоузлы. Снижен слух на левое ухо.

Неврологический статус: сознание ясное. Светобоязнь. Положительные симптомы Бехтерева, Кернига с двух сторон. Легкая ригидность шейных мышц. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Глазодвигательных нарушений нет. Правая половина лба неподвижна. Не может нахмурить лоб, зажмуриться. Сглажена правая носогубная складка. Правый глаз полностью не закрывается. При попытке закрыть глаз глазное яблоко закатывается кверху. Глотание, фонация не нарушены. Парезов нет. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Нарушений чувствительности нет.

У пациента выявлены синдромы: общеинфекционный, менингеальный и очаговый неврологический в виде поражения

- правого лицевого нерва по центральному типу
- каудальной группы черепных нервов по периферическому типу
- каудальной группы черепных нервов по центральному типу
- правого лицевого нерва по периферическому типу

Заболевание пациента предположительно относится к группе

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относят

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

Результаты лабораторных методов обследования

К инструментальным методам исследования, необходимым для постановки клинического диагноза, относится

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

Результаты инструментального метода обследования

С учетом клиники и данных дополнительных методов обследования, можно выставить диагноз

- дегенеративных
- демиелинизирующих
- инфекционных
- сосудистых

Диагноз

Этиотропное лечение боррелиоза включает применение

- специфического иммуноглобулина
- антибактериальной терапии
- препаратов интерферона
- противовирусных препаратов

На ранних стадиях заболевания препаратами выбора считаются

- антибиотики фторхинолонового ряда
- противовирусные препараты
- антибиотики из группы тетрациклинов
- сульфаниламидные препараты

Патогенетическое лечение включает применение

- препаратов ноотропного действия
- антагонистов кальциевых каналов
- антиконвульсантов
- антигистаминных препаратов

После удаления клеща кожу в месте его присасывания обрабатывают

- масляным раствором
- увлажняющим кремом
- антисептическим средством
- химическим растворителем

После укуса клеща в качестве профилактики боррелиоза показано назначение комбинации

- диклофенака и преднизолона
- лорноксикама и солумедрола
- доксициклина и цефтриаксона
- ипидакрина и нимодипина

Для заболевания боррелиозом характерна сезонность с

- декабря по март
- апреля по октябрь

- января по март
- ноября по февраль

Помимо поражения нервной системы при боррелиозе чаще всего поражаются сердце и

- декабря по март
- апреля по октябрь
- января по март
- ноября по февраль

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

На замедленность движений, ощущение «скованности, напряженности» в мышцах, неустойчивость при ходьбе.

Анамнез заболевания

Проходил лечение по поводу тревожно-депрессивного расстройства, через три месяца приема типичного нейролептика в течение недели появились замедленность движений, дрожание правой руки при письме, приеме пищи, неустойчивость при ходьбе.

Анамнез жизни

- * Заболевания двигательной сферы у родственников отрицает;
- * хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

При оценке соматического статуса значимых отклонений от нормы не выявлено. При обследовании отмечаются маскообразное лицо, произвольные движения в орофациальной мускулатуре (открытие рта, облизывание губ), монотонность речи, глухой голос. При вытягивании рук вперед выявляется мелкоамплитудный тремор, при выполнении пальценосовой пробы тремор не усиливается. Выявляются замедленность и постепенное снижение амплитуды движений в конечностях, повышение мышечного тонуса по пластическому типу с преобладанием в сгибателях конечностей (без разницы сторон), туловище. Микрография. Во время осмотра часто менял позу на стуле, несколько раз вставал и садился вновь. При ходьбе снижена длина и высота шага. Неустойчивость, отклонение назад в пробе с подталкиванием пациента в положении стоя. По краткой шкале оценки психического статуса 29 из 30 баллов.

Ведущим неврологическим синдромом у пациента является

- центральный правосторонний гемипарез
- мозжечковая атаксия
- диспраксия ходьбы
- синдром паркинсонизма

Особенностью синдрома паркинсонизма у пациента является

- тремор покоя

- сохранность постуральных рефлексов
- одностороннее начало
- симметричность

Особенностью синдрома паркинсонизма у пациента является сочетание с

- дискинезией
- диспраксией
- постуральной неустойчивостью
- парезом взора

Особенностью клинической картины у пациента является сочетание паркинсонизма с

- амнезией
- акатизией
- деменцией
- гиперактузией

Особенностью развития синдрома паркинсонизма у пациента является + _____ + начало

- острое
- подострое
- моносиндромное
- постепенное

Одним из основных данных анамнеза, влияющих на постановку диагноза у пациента, является

- возникновение симптомов в среднем возрасте
- эффективность препарата леводопы
- прием нейролептика
- отсутствие наследственного анамнеза

Наиболее вероятным клиническим диагнозом является

- возникновение симптомов в среднем возрасте
- эффективность препарата леводопы
- прием нейролептика
- отсутствие наследственного анамнеза

Диагноз

Тактикой ведения данного пациента является

- назначение агониста дофаминовых рецепторов
- повышение дозы принимаемого нейролептика
- назначение препарата леводопы
- замена нейролептика на атипичный

После отмены типичного нейролептика наиболее вероятной динамикой заболевания является

- отсутствие изменений состояния
- регресс симптомов
- присоединение других экстрапирамидных нарушений
- нарастание тяжести симптомов

В случае нарастания паркинсонизма после отмены нейролептика можно предполагать

- наличие демиелинизирующего заболевания
- наличие нейродегенеративного заболевания
- тяжелое течение лекарственного паркинсонизма
- наличие сосудистого заболевания

Для уменьшения тяжести двигательной симптоматики пациенту может быть назначен

- толперизон
- метоклопрамид
- ипидакрин
- амантадин

Для усиления эффекта терапии пациенту дополнительно может быть назначен

- толперизон
- метоклопрамид
- ипидакрин
- амантадин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет обратилась за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

На замедленность движений, дрожание губ, языка, ощущение «скованности, напряженности» в мышцах, неустойчивость при ходьбе.

Анамнез заболевания

Проходила лечение по поводу шизофрении, через два месяца терапии типичным нейролептиком в течение 5-7 дней появились замедленность при ходьбе, нарушение выполнения движений, требующих мелкой моторики (письмо, застегивание пуговиц), дрожание губ, языка, рук, неустойчивость при ходьбе.

Анамнез жизни

- * Заболевания двигательной сферы у родственников отрицает;
- * хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

При оценке соматического статуса значимых отклонений от нормы не выявлено. При обследовании отмечаются непроизвольные движения в орофациальной мускулатуре (открывание рта, облизывание губ), речь монотонная, голос приглушенный. При вытягивании рук вперед выявляется мелкоамплитудный тремор, при выполнении пальценосовой пробы тремор сохраняется. Выявляются замедленность и постепенное снижение амплитуды движений в конечностях, повышение мышечного тонуса по пластическому типу с преобладанием в сгибателях конечностей (без разницы сторон). Микрография. Темп ходьбы замедлен, снижена длина и высота шага. Неустойчивость, отклонение назад в пробе с подталкиванием пациентки в положении стоя. По краткой шкале оценки психического статуса 29 из 30 баллов.

Ведущим неврологическим синдромом у пациентки является

- мозжечковая атаксия
- диспраксия ходьбы
- синдром паркинсонизма
- тремор покоя

Особенностью синдрома паркинсонизма у пациентки является

- тремор покоя
- симметричность
- сохранность постуральных рефлексов
- одностороннее начало

Особенностью синдрома паркинсонизма у пациентки является сочетание с

- неустойчивостью
- парезом взора
- дистонией
- диспраксией

Особенностью развития синдрома паркинсонизма у пациентки является + _____ + начало

- подострое
- постепенное
- ступенеобразное
- острое

Особенностью развития синдрома паркинсонизма у пациентки является

- быстрое прогрессирование
- медленное прогрессирование
- ремиттирующее течение
- стабильная симптоматика

Ключевым для постановки диагноза фактом анамнеза пациентки является

- психическое заболевание

- начало паркинсонизма при приеме нейролептика
- возникновение паркинсонизма в молодом возрасте
- отсутствие наследственного анамнеза

Наиболее вероятным клиническим диагнозом является

- психическое заболевание
- начало паркинсонизма при приеме нейролептика
- возникновение паркинсонизма в молодом возрасте
- отсутствие наследственного анамнеза

Диагноз

Характерным проявлением заболевания является

- деменция
- амнезия
- гиперактузия
- орофациальная дискинезия

Тактикой ведения данной пациентки является

- повышение дозы принимаемого нейролептика
- замена нейролептика на атипичный
- назначение агониста дофаминовых рецепторов
- назначение препарата леводопы

Наиболее вероятной динамикой лекарственного паркинсонизма после отмены типичного нейролептика является

- регресс симптомов
- нарастание тяжести симптомов
- наличие флуктуации тяжести симптомов
- отсутствие динамики

В качестве альтернативы принимаемому нейролептику может рекомендоваться

- кветиапин
- хлорпротиксен
- сульпирид
- ипидакрин

Для уменьшения тяжести двигательной симптоматики может быть назначен

- кветиапин
- хлорпротиксен
- сульпирид

- ипидакрин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет обратился к врачу-неврологу.

Жалобы

- * Мышечная слабость в руках, неловкость в руках при выполнении мелких движений, больше справа;
- * гипотрофия мышц рук, больше справа;
- * подергивания в мышцах верхних конечностей;
- * быстрая утомляемость в ногах при ходьбе.

Анамнез заболевания

Подергивания мышц рук и слабость в правой кисти появилась около 3-4 месяцев назад; в последующем присоединилась слабость мышц левой кисти, а также в проксимальных отделах рук, больше справа.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания – артериальная гипертензия, хронический гастрит. Онкологические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°C;
- * видимые слизистые физиологической окраски, кожные покровы чистые;
- * дыхание везикулярное. ЧДД 20 в минуту;
- * гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд/мин, АД 135/85 мм рт.ст;
- * живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный;
- * при неврологическом осмотре: ЧМН интактны, гипотрофия мышц рук, больше в дистальных отделах, с преобладанием справа, обнаруживаются фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы оживлены с обеих сторон на руках и ногах, патологические кистевые и стопные знаки с 2-х сторон, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус мышц низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3,5 баллов в левой руке, до 3 баллов в правой руке, больше в дистальных отделах, до 4-4,5 баллов в ногах. Нарушений чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функция тазовых органов не нарушена.

Лабораторным показателем, повышение уровня которого свидетельствует о миозите, является

- кветиапин
- хлорпротиксен
- сульпирид
- ипидакрин

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки клинического диагноза необходимо провести

- кветиапин
- хлорпротиксен
- сульпирид

- ипидакрин

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом, с учетом лабораторных и инструментальных исследований, является

- кветиапин
- хлорпротиксен
- сульпирид
- ипидакрин

Диагноз

Единственным лабораторным методом для подтверждения наследственной формы заболевания может стать молекулярно-генетический анализ гена

- супероксиддисмутазы- I
- рецептора кальцитонина
- протромбина
- ангиотензин-конвертирующего фермента

Пациенту с данным диагнозом показана + _____ + терапия

- этиопатогенетическая
- этиотропная
- патогенетическая
- симптоматическая

Для замедления прогрессирования мышечной слабости и перехода на ИВЛ пациентам с боковым амиотрофическим склерозом в качестве дополнительного метода лечения возможно назначение

- амантадина
- депакина
- рилузола
- валацикловира

Для уменьшения спастичности пациентам с БАС следует назначить

- карбамазепин
- пилокарпин
- баклофен
- амитриптилин

При БАС по мере развития дисфагии усиливается слюнотечение, паллиативное лечение которого необходимо для предотвращения

- инфекций ротовой полости
- неприятного впечатления окружающих
- выпадения зубов

- развития ЛОР болезней

Препаратом для уменьшения слюнотечения является

- карбамазепин
- флуоксетин
- карнитин
- амитриптилин

По фармакологическим свойствам рилузол является

- блокатором натриевых каналов
- ингибитором захвата серотонина
- блокатором кальциевых каналов
- ингибитором высвобождения глутамата

Основной причиной смерти больных с БАС является

- оппортунистические инфекции
- атрофия кортикоспинальных трактов
- парез диафрагмы
- недостаточность сердечной мышцы

Прогноз при данном заболевании

- оппортунистические инфекции
- атрофия кортикоспинальных трактов
- парез диафрагмы
- недостаточность сердечной мышцы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 72 лет находится на амбулаторном приеме у невролога в поликлинике.

Жалобы

Выраженные головные боли в течение 2 дней.

Анамнез заболевания

В анамнезе гипертоническая болезнь. 8 лет назад правосторонняя мастэктомия. Онкологом не наблюдается

Анамнез жизни

Анамнез не отягощен. Не работает. Живет в отдельной квартире с семьей. Не курит. Алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез не осложнен.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 180 см. Температура тела 36,6⁰С;

* кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски;

* дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные

ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту;

* при пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочная железа слева без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии, справа-отсутствует. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. $P_{O_2} \sim 2 \sim 98\%$;

* гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд/мин, АД 155/70 мм рт.ст.;

* живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный;

* Неврологический статус: ориентация в месте, времени, собственной личности сохранена, контактна, фон настроения снижен, критика к своему состоянию снижена. Менингеальный синдром. Правосторонний гемипарез. Снижена чувствительность в правых конечностях. Тазовых нарушений нет.

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является _____

- оппортунистические инфекции
- атрофия кортикоспинальных трактов
- парез диафрагмы
- недостаточность сердечной мышцы

Результаты инструментального метода обследования

Для подтверждения диагноза исследование должно быть дополнено

- оппортунистические инфекции
- атрофия кортикоспинальных трактов
- парез диафрагмы
- недостаточность сердечной мышцы

Результаты обследования

Предполагаемым источником метастазирования является

- саркома молочной железы
- саркома яичника
- Сг органов малого таза
- Сг молочной железы

Выявленные изменения головного мозга свидетельствуют о наличии

- ишемического инсульта с геморрагическим компонентом
- менингоэнцефалита
- метастазов в левой лобной и височной долях
- первичной внутримозговой гематомы

Для принятия оптимального решения о тактике ведения пациентки необходимо также выполнить

- обзорную краниографию
- нейромиографию
- КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- эхокраниографию

Вторичное поражение головного мозга у данной пациентки надо дифференцировать с _____

- менингиомой головного мозга
- первичной внутримозговой гематомой
- герпетическим энцефалитом
- ишемическим инсультом головного мозга

Предпочтительной методикой ведения пациентки является

- хирургическое вмешательство
- лучевая терапия
- химиотерапия
- комбинированная терапия

Выбор схемы химиотерапии зависит от _____

- количества метастазов
- характера первичного источника метастазирования
- размера очагов
- тяжести гемипареза

Методом выбора для лечения радиорезистентных опухолей является

- метаболическая терапия
- нормализация гомеостаза
- лучевая терапия
- оперативное вмешательство

Для ранней диагностики мелких метастазов выполняют

- обзорную краниографию
- МРТ головного мозга с контрастированием
- КТ головного мозга
- бесконтрастное МРТ исследование головного мозга

При наличии глубоко расположенных метастазов небольшого размера требуется

- динамическое (или диспансерное) наблюдение
- метаболическая терапия
- радиохирургическое лечение

- оперативное вмешательство

Прогноз заболевания зависит от _____

- динамическое (или диспансерное) наблюдение
- метаболическая терапия
- радиохирургическое лечение
- оперативное вмешательство

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 22 лет обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

На приступы засыпания в дневное время длительностью 10-30 минут, частые ночные пробуждения, кошмарные сновидения, подавленность, раздражительность, приступы мышечной слабости при сильных эмоциях.

Анамнез заболевания

Росла и развивалась без патологии. Отмечает нарушения сна с 2013 г. когда перенесла острое респираторное вирусное заболевание. Приступы засыпания появились через месяц после выздоровления, случались 2-3 раза в день по 10-30 минут. После пробуждения ощущала себя отдохнувшей. Через 4 месяца стала отмечать приступы мышечной слабости, возникающие при переживании сильных эмоций, чаще смеха. В то же время появились нарушения ночного сна (частые пробуждения, беспокойный сон, кошмарные сновидения). В 2018 г. обратилась на прием к неврологу

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 79 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 71 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени определяется по краю реберной дуги.

Неврологический статус - в сознании, контактна, без очаговой симптоматики.

К необходимым методам дообследования относятся

- динамическое (или диспансерное) наблюдение
- метаболическая терапия
- радиохирургическое лечение
- оперативное вмешательство

Результаты обследования

К дополнительным лабораторным методам для постановки диагноза, относится

- динамическое (или диспансерное) наблюдение

- метаболическая терапия
- радиохирургическое лечение
- оперативное вмешательство

Результаты лабораторного метода обследования

Для уточнения выраженности сонливости используется

- динамическое (или диспансерное) наблюдение
- метаболическая терапия
- радиохирургическое лечение
- оперативное вмешательство

Результаты обследования

Выявленные неврологические нарушения у данной пациентки можно характеризовать как

- динамическое (или диспансерное) наблюдение
- метаболическая терапия
- радиохирургическое лечение
- оперативное вмешательство

Диагноз

Нарколепсия в данном случае является

- последствием закрытой черепно-мозговой травмы
- последствием энцефалита
- основным заболеванием
- проявлением истерии

У данной пациентки провоцирующим клинические проявления фактором оказалась

- избыточная масса тела
- вирусная инфекция
- психотравма
- молодой возраст

В клиническую картину данного заболевания также входит(-ят)

- частые головные боли
- нарушения пищевого поведения
- ощущение нереальности происходящего
- нарушения ночного сна

Нелекарственным методом борьбы с сонливостью при нарколепсии является

- электротерапия постоянным током
- транскраниальная магнитная стимуляция

- аутотренинг
- поведенческая терапия

Оптимальная лекарственная терапия для уменьшения приступов катаплексии подразумевает применение

- препаратов мелатонина
- антагонистов ацетилхолиновых рецепторов
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина
- агонистов дофаминовых рецепторов

Оптимальным методом борьбы с избыточной сонливостью при нарколепсии является

- лечебная физкультура
- релаксационный тренинг
- назначение психостимуляторов
- светолечение

Для борьбы с проявлениями катаплексии при нарколепсии НЕ назначают

- имипрамин
- амитриптилин
- флуоксетин
- венлафаксин

Для коррекции нарушений сна в данном клиническом случае также можно использовать

- имипрамин
- амитриптилин
- флуоксетин
- венлафаксин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 73 лет обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

В течение последних трех лет возникали головные боли, преходящая слабость в левой руке, исчезающая в течение 1-2 часов. Внезапно 30 минут назад возникла слабость в левой руке и ноге.

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает, что в течение последних лет периодически возникают головные боли, головокружения. Находится в терапевтическом отделении стационара. Лечится по поводу гипертонической болезни. Поступила в стационар в связи с возникшим впервые в жизни нарушением сердечного ритма.

Анамнез жизни

- * Анамнез не отягощен.
- * Не работает.

- * Живет в отдельной квартире с семьей сына.
- * Не курит. Алкоголь не употребляет.
- * Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6⁰С;
- * кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски;
- * дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту;
- * при пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет;
- * гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм неправильный, ЧСС 130 уд/мин, АД 155/70 мм рт.ст.;
- * живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный;
- * неврологический статус: ориентация в месте, времени, собственной личности сохранена, контактна, фон настроения не снижен, критика к своему состоянию сохранена. Общемозговые симптомы отсутствуют. Менингеальных симптомов нет. Мышечная сила в левой ноге и руке снижена до 3 баллов, сухожильные рефлексы оживлены, выявляются симптомы Бабинского, Тремнера. Чувствительных, координаторных, тазовых нарушений нет.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- имипрамин
- амитриптилин
- флуоксетин
- венлафаксин

Результаты инструментального метода обследования

Пациентке также должна(-о) быть выполнена(-о)

- имипрамин
- амитриптилин
- флуоксетин
- венлафаксин

Результаты обследования

Выявленное нарушение ритма является _____

- трепетанием предсердий
- фибрилляцией предсердий
- наджелудочковой тахикардией
- фибрилляцией желудочков

Предположительным диагнозом является

- трепетанием предсердий
- фибрилляцией предсердий
- наджелудочковой тахикардией
- фибрилляцией желудочков

Диагноз

Следует рассмотреть вопрос о целесообразности назначения данной пациентке _____

- антидепрессантов
- аспирина
- системного тромболитика
- эуфиллина

КТ головного мозга у данной пациентки необходимо провести в течение + ____ + минут

- 60
- 40
- 90
- 120

Лабораторную диагностику необходимо провести в первые + ____ + минут от поступления в стационар

- 50
- 40
- 30
- 20

Тромболитическую терапию при ОНМК проводят в

- блоке реанимации
- машине скорой помощи
- дневном стационаре
- неврологическом отделении

Противопоказанием для проведения пациентке тромболитической терапии по данным КТ является _____

- объем зоны ишемии $<1/2$ бассейна средней мозговой артерии
- объем зоны ишемии $<1/3$ бассейна средней мозговой артерии
- отсутствие КТ-признаков зоны ишемии
- внутримозговое кровоизлияние

Инсульт у данной пациентки относят к + _____ + типу по классификации TOAST

- кардиоэмболическому
- атеротромботическому

- лакунарному
- связанному с гематологическими причинами

Для профилактики повторного ишемического инсульта пациентке показано назначение

- комбинации аспирина и клопидогреля
- дабигатрана
- аспирина
- клопидогреля

Условием для проведения тромболитической терапии является время от начала возникновения симптомов ОНМК до проведения тромболизиса менее + _____ + часов

- комбинации аспирина и клопидогреля
- дабигатрана
- аспирина
- клопидогреля

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 лет обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

На слабость в дистальных и проксимальных отделах ног, трудности при ходьбе, ощущение онемения в кистях, стопах, покалывание, жжение боли в кистях и стопах.

Анамнез заболевания

Жалобы возникли и постепенно нарастали примерно в течение года. Пациентка длительное время злоупотребляет алкоголем.

Анамнез жизни

- * Злоупотребляет алкоголем более 15 лет;
- * аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Соматический статус: Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски, и влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 64 минуту. АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: В ясном сознании. Менингеальных и общемозговых симптомов нет. Черепно-мозговая иннервация без патологии. Парез в голених и стопах со снижением мышечной силы до 4 баллов. Мышечный тонус снижен в нижних конечностях. Снижение всех видов чувствительности в кистях, в стопах. Вибрационная чувствительность снижена в стопах. Глубокие рефлексы с рук низкие D=S, в ногах сухожильные рефлексы не вызываются. Патологических рефлексов нет. Выполнение координаторных проб значительно ухудшается при закрывании глаз. В пробе Ромберга неустойчива. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм в обе стороны. Тазовые функции не нарушены.

Ведущим клиническим синдромом у пациентки является(-ют)ся

- центральный тетрапарез

- сенсомоторная полинейропатия
- мозжечковая атаксия
- проводниковые нарушения чувствительности

Усиление нарушений координации при выключении контроля зрения носит название + _____ + атаксии

- сенситивной
- лобной
- вестибулярной
- мозжечковой

К негативным сенсорным феноменам у пациентки относят

- боль
- онемение
- гипестезия
- покалывание

Инструментальным методом обследования, наиболее информативным для постановки диагноза, является

- боль
- онемение
- гипестезия
- покалывание

Результаты инструментального метода обследования

Лабораторные изменения, типичные для хронического алкоголизма, включают

- обнаружение белка Бенс-Джонса в моче
- повышение печеночных трансаминаз и фракции трансферрина
- положительные ревматологические пробы
- гипергликемию и повышение уровня гликозилированного гемоглобина

Основным патогенетическим механизмом развития неврологических нарушений у пациентки является

- аутоиммунное поражение миелиновой оболочки
- компрессионно-ишемическое поражение спинного мозга
- дефицит витамина B12
- токсическое действие алкоголя и дефицит тиамина

На основании анамнеза, клинического и инструментального исследований, у пациентки можно диагностировать

- аутоиммунное поражение миелиновой оболочки
- компрессионно-ишемическое поражение спинного мозга

- дефицит витамина B12
- токсическое действие алкоголя и дефицит тиамина

Диагноз

Пациентке рекомендована консультация

- гематолога
- нарколога
- фтизиатра-пульмонолога
- кардиолога

Для лечения болевого синдрома у пациентки рекомендовано назначение

- нейролептиков
- анальгетиков
- антиконвульсантов
- антиоксидантов

Патогенетически обоснованное лечение данного заболевания заключается в

- использовании статинов, антиагрегантов, антикоагулянтов
- назначении глюкокортикоидной терапии и цитостатиков
- применении плазмафереза или иммуноглобулина внутривенно
- отказе от алкоголя и назначении тиамина

У пациентов с хроническим алкоголизмом и острым дефицитом тиамина высок риск развития

- энцефалопатии Крейцфельда-Якоба
- энцефалопатии Гайе-Вернике
- деменции Альцгеймеровского типа
- рассеянного энцефаломиелита

Для подтверждения нейропатического характера боли у пациентки следует использовать опросник

- энцефалопатии Крейцфельда-Якоба
- энцефалопатии Гайе-Вернике
- деменции Альцгеймеровского типа
- рассеянного энцефаломиелита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 33 лет обратился к врачу-неврологу.

Жалобы

На слабость в дистальных и проксимальных отделах ног, затрудняющую ходьбу, онемение в кистях и стопах, жжение, покалывание, периодические болезненные судороги в голених и стопах.

Анамнез заболевания

Пациент длительное время злоупотребляет алкоголем. Жалобы возникли несколько лет назад и постепенно нарастали с периодами стабилизации и обострения. В дебюте заболевания беспокоили болезненные мышечные спазмы в мышцах голених по ночам и при ходьбе. Затем появилась неустойчивость при ходьбе, жжение в подошвах, снижение чувствительности.

Анамнез жизни

Злоупотребляет алкоголем в течение многих лет, пьет запоями, дважды пытался кодироваться и каждый раз возвращался к приему алкоголя. Нигде не работает. Аллергологический анамнез: неотягощен.

Объективный статус

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы с участками гиперпигментации, гипергидроз ладоней и стоп, дистрофические изменения ногтей, пастозность стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 88 уд/мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: В ясном сознании. Менингеальных и общемозговых симптомов нет. Вызываются рефлексы орального автоматизма. Парез в дистальных отделах ног со снижением мышечной силы до 4 баллов, в стопах до 3 баллов. Гипотрофии мышц в дистальных отделах ног. Мышечный тонус низкий. Снижение всех видов чувствительности в кистях и стопах. Боли при прикосновении к коже голених. Глубокие рефлексы с рук низкие D=S, в ногах сухожильные рефлексы не вызываются, патологических рефлексов нет. Мелкоамплитудный тремор пальцев вытянутых рук. Выполнение координаторных проб значительно ухудшается при закрывании глаз. В пробе Ромберга неустойчив при закрывании глаз.

Ведущим клиническим синдромом у пациента является

- мозжечковая атаксия
- сенсомоторная полинейропатия
- проводниковые нарушения чувствительности
- центральный тетрапарез

Усиление нарушений координации при выключении контроля зрения носит название + _____ + атаксии

- лобной
- сенситивной
- мозжечковой
- вестибулярной

Инструментальным методом обследования, наиболее информативным для постановки диагноза, является

- лобной
- сенситивной
- мозжечковой
- вестибулярной

Результаты инструментального метода обследования

Лабораторные изменения, типичные для хронического алкоголизма, включают

- гипергликемию натощак
- повышение печеночных трансаминаз
- положительные ревматологические пробы
- обнаружение белка Бенс-Джонса в моче

Основным патогенетическим механизмом развития неврологических нарушений у пациента является

- аутоиммунное поражение миелиновой оболочки
- компрессионно-ишемическое поражение спинного мозга
- токсическое действие алкоголя и дефицит тиамина
- дефицита витамина B12

На основании анамнеза, клинического и инструментального методов исследования, у пациента можно диагностировать

- аутоиммунное поражение миелиновой оболочки
- компрессионно-ишемическое поражение спинного мозга
- токсическое действие алкоголя и дефицит тиамина
- дефицита витамина B12

Диагноз

Отличием от алкогольной миопатии у пациента является

- низкий мышечный тонус
- отсутствие проксимальной слабости
- гипотрофии в мышцах ног
- снижение сухожильных и периостальных рефлексов

Пациенту рекомендована консультация

- нарколога
- кардиолога
- гематолога
- фтизиатра-пульмонолога

Для лечения болевого синдрома пациенту рекомендовано назначение

- миорелаксантов
- антиконвульсантов
- нейролептиков
- анальгетиков

Патогенетически обоснованное лечение данного заболевания заключается в

- назначении глюкокортикоидной терапии и цитостатиков
- использовании статинов, антиагрегантов, антикоагулянтов

- отказе от алкоголя и назначении тиамина
- применении плазмафереза или иммуноглобулина внутривенно

При развитии у пациента алкогольной кардиомиопатии и нарушений ритма для купирования невропатической боли нежелательно назначение

- мильгаммы
- габапентина
- amitриптилина
- тиоктацида

Для подтверждения нейропатического характера боли у пациента следует использовать опросник

- мильгаммы
- габапентина
- amitриптилина
- тиоктацида

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 33 лет обратился к неврологу поликлиники.

Жалобы

На приступы интенсивной головной боли в области левого глаза, сопровождающиеся покраснением глаза, слезотечением, отеком века, птозом, ринореей.

Анамнез заболевания

Подобная головная боль развилась повторно в жизни. Настоящее обострение возникло на фоне полного здоровья. Проснулся ночью от нестерпимой "сверлящей" боли в области левого глаза, не мог найти себе места, метался по комнате, стучал головой о стол, чтобы заглушить боль. Приступ продолжался примерно 30 минут, и повторился за ночь 3 раза.

Анамнез жизни

- * Хронических заболеваний нет;
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 75 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, АД 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

В неврологическом статусе в межприступном периоде: Общемозговых и менингеальных симптомов нет, четкой очаговой симптоматики нет. Создается впечатление о лёгкой асимметрии глазных щелей (слева уже, чем справа).

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- лабораторный
- клинический

- молекулярно-генетический
- инструментальный

Предполагаемым основным диагнозом является

- лабораторный
- клинический
- молекулярно-генетический
- инструментальный

Диагноз

Важным дифференциально-диагностическим критерием разновидности головной боли является

- поведение больного во время приступа
- наличие сопутствующих заболеваний
- количество ночных пробуждений
- изменение уровня артериального давления

Провоцировать приступы кластерной головной боли может прием

- алкоголя
- сыра
- кофе
- шоколада

Характерной особенностью внешнего вида пациентов с кластерной головной болью является

- лицо сфинкса
- кушингоидное лицо
- львиное лицо
- улыбка тапира

Характерной особенностью кластерной головной боли является возникновение головной боли

- на высоте физической нагрузки
- ночью во время сна
- после психоэмоционального стресса
- утром после пробуждения

Наиболее эффективно приступ головной боли у пациента можно купировать при помощи использования триптанов и

- ингаляции закиси азота
- бета-адреноблокаторов
- ингаляций 100% кислорода
- комбинированных анальгетиков

Для профилактического лечения после начала обострения кластерной головной боли используют

- кортикостероиды
- антидепрессанты
- антикоагулянты
- антиагреганты

Для профилактики приступов в период обострения можно также назначить

- верапамил
- amitриптилин
- вазобрал
- эрготамин

Начальная доза верапамила, используемого для профилактики кластерной головной боли, составляет + _____ + мг/сутки

- 80-100
- 120-240
- 40-80
- 20-40

В основе развития кластерной головной боли лежит

- повышение внутричерепного давления
- венозный застой в полости черепа
- тригеминальная вегетативная невралгия
- спазм мозговых артерий

Важным дифференциально-диагностическим критерием, отличающим кластерную головную боль от невралгии тройничного нерва, помимо характерного паттерна «кластеризации», является

- повышение внутричерепного давления
- венозный застой в полости черепа
- тригеминальная вегетативная невралгия
- спазм мозговых артерий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 61 года поступает в неврологическое отделение многопрофильного стационара.

Жалобы

Слабость в ногах и руках, невозможность ходить.

Анамнез заболевания

Слабость в левой ноге («висячую стопу») впервые отметил примерно 3 года назад. В связи с нарастающей

слабостью в левой ноге через 4 месяца от дебюта симптоматики оперирован, выполнена 2-сторонняя микрохирургическая декомпрессия корешков L5. Через 3 месяца после операции присоединилась слабость в правой ноге и в руках.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, травматическая нейропатия левых срединного и локтевого нервов 20 лет назад, политравма (перелом рук, ребер, разрыв связок коленных суставов) за 1 год до дебюта настоящего заболевания. Какие-либо хронические заболевания отрицает. Пенсионер, не работает. Ранее работал строителем. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 178 см, масса тела 85 кг, ИМТ = 26,5 кг/м². Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 уд/мин, АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

В сознании. Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. Контактен, когнитивно сохранен. Речь правильная, четкая. Черепные нервы без патологии. Дыхательных расстройств при осмотре не выявлено. Тетрапарез со снижением мышечной силы до 3 баллов в проксимальных отделах конечностей, до плегии в дистальных отделах ног. Слабость мышц правой кисти - 4 балла. Слабость мышц туловища - 3 балла. Мышечный тонус диффузно снижен. Сухожильные рефлексы с рук высокие, S=D, с ног отсутствуют. Вызываются двусторонние патологические рефлексы Россолимо, симптом Бабинского. Гипотрофии мышц конечностей, более выраженные в дистальных группах мышц. Фасцикуляции в мышцах рук и ног. Чувствительных, координаторных, тазовых расстройств нет.

Симптомом(-ами) поражения центрального мотонейрона у больного являются оживление сухожильных рефлексов с рук и

- мышечные фасцикуляции
- снижение мышечного тонуса
- гипотрофии мышц конечностей
- патологические рефлексы

Симптомом(-ами) поражения периферического мотонейрона у больного являются снижение мышечного тонуса, гипотрофии конечностей и

- симптом Бабинского
- мышечные фасцикуляции
- рефлекс Россолимо
- оживление сухожильных рефлексов

Для обследования и постановки диагноза пациенту необходимо провести

- симптом Бабинского
- мышечные фасцикуляции
- рефлекс Россолимо
- оживление сухожильных рефлексов

Результаты обследования

У больного можно предположить наличие

- симптом Бабинского

- мышечные фасцикуляции
- рефлекс Россолимо
- оживление сухожильных рефлексов

Диагноз

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- шейной миелопатией
- болезнью Гентингтона
- генерализованной формой миастении
- болезнью Паркинсона

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- дневного стационара
- отделения интенсивной терапии
- амбулаторно-поликлинических
- нейрохирургического отделения

Для больного возможно проведение всех нижеперечисленных методов лечения, кроме

- этиотропного
- паллиативного
- патогенетического
- симптоматического

С целью замедления прогрессирования заболевания больному показано назначение

- акатинола мемантина
- рилузола
- церебролизина
- мексидола

При развитии и прогрессировании дисфагии при БАС показано проведение

- гипербарической оксигенации
- пульс-терапии кортикостероидами
- чрескожной эндоскопической гастростомии
- плазмафереза

Для диагностики семейной формы БАС используются + _____ + методы исследования

- генетические
- биохимические
- иммунологические
- вирусологические

БАС - это + _____ + заболевание нервной системы

- дегенеративное
- демиелинизирующее
- сосудистое
- инфекционное

Основным клиническим критерием постановки диагноза бокового амиотрофического склероза является наличие признаков поражения центрального мотонейрона и + _____ + на бульбарном и спинальном уровнях

- дегенеративное
- демиелинизирующее
- сосудистое
- инфекционное

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Г. 65 лет поступает в неврологическое отделение многопрофильного стационара.

Жалобы

На слабость в ногах, неловкость в руках, нарушение речи и глотания.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 5 лет, когда появилась и стала нарастать слабость и скованность в ногах. В течение года смогла ходить только с палочкой в пределах квартиры. Около года назад присоединилась неловкость в руках. В течение полугода отмечает изменение речи («каша во рту»), поперхивания при глотании (жидкая пища попадает в нос), ощущение избытка слюны во рту, нехватку воздуха при разговоре. Обследовалась стационарно. Проведены МРТ головного мозга, шейного и грудного отделов позвоночника, общесоматическое обследование. Патологии не выявлено. Диагноз остался неясным. В дальнейшем состояние пациентки прогрессивно ухудшалось. Принимала миорелаксанты центрального действия (баклосан, мидокалм) без видимого эффекта, но с плохой переносимостью (падение АД, обмороки).

Анамнез жизни

- * На пенсии, имеет филологическое образование, ранее работала редактором.
- * Группы инвалидности нет.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 168 см, масса тела – 65 кг. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

В неврологическом статусе: сознание ясное, менингеальных знаков нет. Речь дизартрична, замедлена, обращенную речь понимает. Движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Зрачки симметричные. Мимика сохранна. Лицо в покое симметрично. Дисфагия, гиперсаливация. Глоточные рефлексы снижены. Язык по средней линии, без видимых атрофий и фасцикуляций. Оживлен нижнечелюстной рефлекс. Тетрапарез. В руках - 4 балла в проксимальных отделах, 3 балла в дистальных отделах; в ногах - 3 балла в проксимальных отделах, 2 балла в стопах. Сухожильные рефлексы оживлены с расширением рефлексогенных

зон. Двусторонние патологические кистевые и стопные знаки. Мышечный тонус в конечностях повышен по типу спастичности. Чувствительных, тазовых расстройств нет. Координаторные пробы руками выполняет с мимопопаданием, но без интенционного дрожания. Выполнение пяточно-коленной пробы затруднено из-за пареза. Мышечных гипотрофий не выявлено. Спонтанных и вызванных фасцикуляций нет. Правильного телосложения, умеренного питания. В течение года похудела на 3 кг. Видимой одышки нет. Ходит в пределах квартиры с помощью ходунков, нуждается в посторонней помощи при передвижении.

Методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- дегенеративное
- демиелинизирующее
- сосудистое
- инфекционное

Результаты обследования

Методом исследования, позволяющим оценить функциональное состояние верхнего моторного нейрона, является

- дегенеративное
- демиелинизирующее
- сосудистое
- инфекционное

Результаты обследования

У больной можно предположить наличие

- дегенеративное
- демиелинизирующее
- сосудистое
- инфекционное

Диагноз

Похожие симптомы могут наблюдаться при

- поясно-конечностной миодистрофии
- шейной миелопатии
- прогрессирующем надъядерном параличе
- болезни Паркинсона

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в условиях

- амбулаторно-поликлинических
- нейрохирургического отделения
- отделения интенсивной терапии
- санаторно-курортных

При возникновении крампи показано назначение

- церебролизина
- актовегина
- цераксона
- карбамазепина

Для лечения повышенного мышечного тонуса по спастическому типу у больной показано применение

- карбамазепина
- левитирацетама
- рилузола
- баклофена

Для уменьшения слюноотделения при первичном боковом склерозе используют

- актовегин
- церебролизин
- атропин
- кортексин

При прогрессировании дисфагии наиболее эффективным методом является

- периодическое использование назогастрального зонда
- выполнение чрескожной эндоскопической гастростомии
- использование антихолинэстеразных препаратов
- перевод на парентеральное питание

К возможным осложнениям первичного бокового склероза следует отнести развитие

- судорожных припадков
- контрактур коленных и голеностопных суставов
- тромбоэмболии легочной артерии
- трофических нарушений - пролежней

При первичном боковом склерозе отмечается дегенеративное поражение + _____ + тракта

- нейронов вестибулоспинального
- сенсорных нейронов спиноталамического
- тел периферических мотонейронов пирамидного
- тел центральных мотонейронов пирамидного

К болезням двигательного нейрона НЕ относится

- нейронов вестибулоспинального
- сенсорных нейронов спиноталамического
- тел периферических мотонейронов пирамидного

- тел центральных мотонейронов пирамидного

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 47 лет обратилась к врачу-неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На слабость в левом плече, неловкость левой кисти, безболезненные подергивания мышц рук и ног

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 6 месяцев, когда появилась слабость мышц левого плеча и спонтанные безболезненные мышечные подергивания. Обращалась к неврологу, затем к нейрохирургу с подозрением на дискогенную шейную миелопатию. Проведено МРТ шейного отдела позвоночника, изменений вещества спинного мозга не выявлено.

Анамнез жизни

- * Хроническими заболеваниями не страдает.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Аллергоанамнез не отягощен.
- * Замужем. Имеет взрослую дочь.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 72 кг, Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: В сознании, ориентирована в месте, времени и собственной личности, контактна. Речь не нарушена. Тревожна. Глазодвигательных расстройств нет. Лицо симметричное, мимические пробы выполняет удовлетворительно. Мягкое небо подвижно, глоточные рефлексы живые, симметричные. Язык по средней линии, атрофии, фасцикуляций нет. Мышечный тонус не изменен, парез мышц левого плеча - 4 балла, гипотрофия мышц левого плеча и надплечья. Сухожильные рефлексы с рук и ног оживлены, S>D, рефлексогенные зоны расширены. Симптом Бабинского слева. Спонтанные и вызванные фасцикуляции в мышцах рук и ног. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

Слабость и гипотрофия мышц левой руки, безболезненные подергивания мышц конечностей у больной являются клиническими признаками

- центрального пареза
- акинетико-ригидного синдрома
- периферического пареза
- мозжечковой атаксии

Признаками поражения центрального мотонейрона у больной являются

- гипотрофия мышц руки
- оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского
- вызванные фасцикуляции
- спонтанные фасцикуляции

Для постановки клинического диагноза пациентке необходимо выполнить

- гипотрофия мышц руки
- оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского
- вызванные фасцикуляции
- спонтанные фасцикуляции

Результаты обследования

У больной наиболее вероятен диагноз

- гипотрофия мышц руки
- оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского
- вызванные фасцикуляции
- спонтанные фасцикуляции

Диагноз

При прогрессировании заболевания у больной разовьются

- глазодвигательные расстройства
- нарушения глотания и речи
- экстрапирамидные расстройства
- нарушения тазовых функций

Дальнейшее наблюдение и лечение пациентки должно проводиться в условиях

- нейрохирургического стационара
- неврологического стационара
- амбулаторно-поликлинических
- санаторно-курортных

С целью замедления прогрессирования заболевания больной показано назначение

- мексидола
- галантамина
- рилузола
- кортексина

Для уменьшения слюноотделения при боковом амиотрофическом склерозе используют

- церебролизин
- кортексин
- атропин
- актовегин

К возможным осложнениям заболевания у пациентки следует отнести развитие

- тромбоэмболии легочной артерии
- трофических нарушений

- нарушений глотания и дыхания
- инфаркта миокарда

В случае прогрессирования у пациентки дыхательных нарушений показано проведение

- неинвазивной вентиляции легких
- плазмафереза
- «пульс-терапии» кортикостероидами
- антибактериальной терапии

В классификации болезней двигательного нейрона отсутствует

- первичный боковой склероз
- прогрессирующий бульбарный паралич
- бульбоспинальная амиотрофия Кеннеди
- боковой амиотрофический склероз

Для бокового амиотрофического склероза характерно сочетание периферических парезов с

- первичный боковой склероз
- прогрессирующий бульбарный паралич
- бульбоспинальная амиотрофия Кеннеди
- боковой амиотрофический склероз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 54 лет обратилась за консультацией к врачу-неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На слабость и неловкость левой кисти.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 4 месяцев, когда развилась слабость в левой руке. Около 6 месяцев назад лечилась в психиатрическом стационаре после суицидальной попытки, принимала amitriptyline. За время болезни похудела на 2 килограмма.

Анамнез жизни

* Образование высшее. Работает учителем в средней школе.

* Перенесенные заболевания: туберкулез легких (снята с учета 10 лет назад).

* В течение 5 лет отмечается повышение АД до 160/90 мм рт. ст., принимает Нолипрел 10 мг/сут.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 53 кг, рост 163 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Менингеальных и общемозговых симптомов нет. Речевой контакт полностью сохранен. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки симметричны, нистагма нет. Мимика сохранена, лицо в покое симметрично. Глотание, фонация не нарушены, глоточные рефлексы живые симметричные,

язык по средней линии без атрофии и фасцикуляций. Мышечный тонус не изменен. Снижение мышечной силы до 4 баллов и гипотрофии мышц левой кисти. Спонтанные и вызванные фасцикуляции в мышцах рук, вызванные фасцикуляции в мышцах ног. Сухожильные рефлексы с рук и ног оживлены, рефлексогенные зоны расширены. Симптом Бабинского справа. Чувствительных, тазовых расстройств нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Признаками(-ом) периферического паралича у больной являют(-ет)ся

- расширенные рефлексогенные зоны
- симптомы Бабинского и Россолимо
- высокие сухожильные рефлексы
- гипотрофии мышц и фасцикуляции

Симптомами центрального паралича у больной являются

- гипотрофии мышц левой кисти
- вызванные фасцикуляции в мышцах ног
- оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского
- спонтанные и вызванные фасцикуляции в мышцах рук

Для постановки клинического диагноза пациентке необходимо выполнить

- гипотрофии мышц левой кисти
- вызванные фасцикуляции в мышцах ног
- оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского
- спонтанные и вызванные фасцикуляции в мышцах рук

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- гипотрофии мышц левой кисти
- вызванные фасцикуляции в мышцах ног
- оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского
- спонтанные и вызванные фасцикуляции в мышцах рук

Диагноз

На распространенность патологического процесса у больной указывают

- спонтанные и вызванные фасцикуляции
- экстрапирамидные симптомы
- когнитивные расстройства
- нарушения тазовых функций

Признаком прогрессирования бокового амиотрофического склероза является

- развитие симптомов ортостатической гипотензии
- развитие дыхательной недостаточности

- развитие генерализованных тонико-клонических приступов
- развитие тазовых нарушений

Для лечения депрессии пациентке может быть назначен

- флуоксетин
- азатиоприн
- церебролизин
- цитиколин

С целью замедления прогрессирования заболевания, больной показано назначение

- рилузола
- акатинола мемантина
- L-карнитина
- церебролизина

Нутритивную поддержку у пациентки следует начинать при снижении массы тела более чем на 10% и появлении

- слюнотечения
- крампи
- трофических нарушений
- признаков аспирации

Основным клиническим критерием постановки диагноза бокового амиотрофического склероза является наличие признаков поражения центрального мотонейрона и + _____ + на бульбарном и спинальном уровнях

- спинозжечковых путей
- вестибулоспинальных связей
- периферического мотонейрона
- спиноталамических трактов

Боковой амиотрофический склероз – это + _____ + заболевание нервной системы

- инфекционное
- демиелинизирующее
- дегенеративное
- сосудистое

Основной причиной смерти больных боковым амиотрофическим склерозом является

- инфекционное
- демиелинизирующее
- дегенеративное
- сосудистое

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 65 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи в связи с остро развившимися нарушением речи и слабостью в правых конечностях.

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Со слов жены, заболел остро 5 часов назад, когда стал плохо понимать обращенную речь и невнятно произносить слова. Через несколько минут появилась слабость в правой руке, а спустя еще 20 минут и в правой ноге. Двигательные нарушения максимально выросли в течение часа.

Анамнез жизни

- * Умеренная артериальная гипертензия с подъемами АД до 170/90 мм рт.ст., по поводу чего систематически не лечился;
- * синдром перемежающейся хромоты;
- * 5 лет назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда;
- * в течение последнего года имели место два эпизода быстро проходящей слабости в правых конечностях;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

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

В неврологическом статусе: больной в ясном сознании. Скуловой симптом Бехтерева слева. Спонтанная речь затруднена, малопонятна. Обращенную речь понимает не в полном объеме, выполняет только простые инструкции. Оральная апраксия. Снижен правый корнеальный рефлекс. Парез мимических мышц по центральному типу справа. Язык девирует вправо. Легкий правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов, сухожильная гиперрефлексия справа, симптом Бабинского справа. Болевая гемигипестезия справа. Координаторные пробы хуже выполняет правыми конечностями. Вызываются рефлексы орального автоматизма.

Имеющиеся у больного нарушения понимания обращенной речи и затрудненной, малопонятной спонтанной речи соответствуют

- сенсо-моторной афазии
- дизартрии
- сенсорной афазии
- моторной афазии

Неврологическая симптоматика, имеющаяся у пациента, характерна для поражения + _____ + доли головного мозга

- левой затылочной
- правой височной
- левой теменной
- левой лобно-височной

Имеющиеся в анамнезе у больного эпизоды быстро проходящей слабости в правых конечностях должны быть расценены как

- мигренозная аура
- эпилептический приступ
- транзиторные ишемические атаки
- пароксизмальная миоплегия

Для постановки диагноза пациенту с остро развившейся очаговой неврологической симптоматикой необходимо экстренно провести

- мигренозная аура
- эпилептический приступ
- транзиторные ишемические атаки
- пароксизмальная миоплегия

Результаты обследования

Изменения, выявленные при компьютерной томографии головы, указывают на

- демиелинизирующий процесс
- ранние признаки ишемии
- объемное образование
- кровоизлияние в мозг

Методом, необходимым для уточнения патогенетического варианта инсульта, является

- демиелинизирующий процесс
- ранние признаки ишемии
- объемное образование
- кровоизлияние в мозг

Результаты обследования

С учетом выявленных изменений, у пациента диагностирован + _____ + патогенетический вариант заболевания

- лакунарный
- неопределенный
- кардиоэмболический
- атеротромботический

Предполагаемый основной диагноз звучит как

- лакунарный
- неопределенный
- кардиоэмболический
- атеротромботический

Диагноз

Основные направления лечения ишемического инсульта - это

- базисная, патогенетическая терапия и вторичная профилактика инсульта
- базисная, симптоматическая терапия и первичная профилактика
- дифференцированная, нейропротективная, спазмолитическая терапия
- этиотропная, симптоматическая терапия и вторичная профилактика

Проведение больному системной тромболитической терапии невозможно, в связи с тем, что

- с начала инсульта прошло 5 часов
- отмечается сенсорная афазия
- отмечается моторная афазия
- имеется правосторонний гемипарез

В качестве вторичной профилактики инсульта пациенту следует назначить

- ацетилсалициловую кислоту в дозе 1 мг/кг массы тела
- варфарин в дозе 7,5 мг в сутки
- пентоксифиллин в дозе 1000 мг в сутки
- гепарин в дозе 10 000 ЕД в сутки

Продолжительность острого периода инсульта составляет + _____ + (в днях)

- ацетилсалициловую кислоту в дозе 1 мг/кг массы тела
- варфарин в дозе 7,5 мг в сутки
- пентоксифиллин в дозе 1000 мг в сутки
- гепарин в дозе 10 000 ЕД в сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 66 лет поступил в клинику по поводу внезапно развившейся слабости в левых конечностях

Жалобы

На слабость в левых конечностях.

Анамнез заболевания

Заболел остро. Утром во время умывания внезапно развились перекос лица, слабость в левых конечностях. Госпитализирован машиной скорой медицинской помощи через 1 час от развития симптоматики.

Анамнез жизни

- * Артериальная гипертензия с подъемами АД до 180/90 мм рт. ст. по поводу чего систематически принимает эналаприл 10 мг в сутки;
- * в течение последнего года имели место три эпизода быстро проходящей слабости в левых конечностях;
- * курит по 1 пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При поступлении состояние тяжелое, АД 170/90 мм рт. ст., пульс 74 уд/мин, ритм сердца правильный. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 18 в минуту.

В неврологическом статусе: сознание ясное, менингеального синдрома нет. Легкая дизартрия. Выпадение

левых полей зрения. Глазодвигательных нарушений нет. Сглажена левая носогубная складка. Язык девирует влево. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2 баллов в руке и 3 баллов в ноге. Сухожильная гиперрефлексия слева, симптом Бабинского справа. Гемигипестезия слева. Балл по шкале NIHSS – 7.

Выявленная у больного симптоматика в виде левосторонних гемианопсии, гемианестезии, гемипареза соответствует синдрому поражения + _____ + справа

- хвостатого ядра
- передней и задней центральных извилин
- внутренней капсулы
- зрительного бугра

7 баллов по шкале NIHSS соответствует + _____ + степени тяжести заболевания

- неопределенной
- средней
- тяжелой
- легкой

Имеющиеся в анамнезе у больного эпизоды быстро проходящей слабости в левых конечностях соответствуют

- транзиторным ишемическим атакам
- мигренозной ауре
- пароксизмальной миоплегии
- параличу Тодда

Для постановки диагноза пациенту с остро развившейся очаговой неврологической симптоматикой необходимо экстренно провести

- транзиторным ишемическим атакам
- мигренозной ауре
- пароксизмальной миоплегии
- параличу Тодда

Результаты обследования

Изменения, выявленные при компьютерной томографии головы, указывают на

- демиелинизирующий процесс
- ранние признаки ишемии
- кровоизлияние в подкорковых узлах
- локальный вазогенный отек мозга

Для уточнения патогенетического варианта инсульта следует применить эхокардиографию, лабораторную диагностику и

- демиелинизирующий процесс

- ранние признаки ишемии
- кровоизлияние в подкорковых узлах
- локальный вазогенный отек мозга

Результаты обследования

С учетом выявленных изменений, у пациента диагностирован + _____ + патогенетический вариант заболевания

- кардиоэмболический
- неопределенный
- лакунарный
- атеротромботический

Предполагаемый основной диагноз звучит как

- кардиоэмболический
- неопределенный
- лакунарный
- атеротромботический

Диагноз

Пациенту незамедлительно следует начать + _____ + терапию

- вазоактивную
- нейропротективную
- антиоксидантную
- тромболитическую

Доза вводимого тромболитика (алтеплазы) у пациента должна составить + ____ + мг на 1 кг массы тела больного

- 0,2
- 0,9
- 0,5
- 1,5

Применение антиагрегантных или антикоагулянтных средств после проведения системного тромболиза возможно только через + _____ + часа/часов

- 72
- 3
- 48
- 24

С целью вторичной профилактики инсульта пациенту следует назначить

- 72

- 3
- 48
- 24

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 37 лет госпитализирована в неврологическое отделение с прогрессирующей мышечной слабостью, нарушением самообслуживания.

Жалобы

На выраженную мышечную слабость, нарастающую после физической нагрузки, осиплость голоса, поперхивание при еде.

Анамнез заболевания

Больна в течение года. Спустя 4 месяца после родов пациентка отметила периодическое опускание верхних век к вечеру. Иногда беспокоило двоение в глазах. Считала это результатом недосыпаний и переутомлений. Еще через 4 месяца появилось периодическое поперхивание. После долгого разговора "садился голос". Состояние неуклонно ухудшалось. Стало трудно ходить, принимать пищу из-за проблем с глотанием, после жевания отвисала нижняя челюсть. Похудела на 8 кг.

Анамнез жизни

С детства часто болеет простудными заболеваниями. В подростковом возрасте была травма головы с сотрясением головного мозга.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 164 см. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. Речь дизартричная. Обоняние не нарушено. Зрачки равны, фотореакция живая. Нистагма нет. Асимметричный птоз. Рассогласованность движения глазных яблок. Небный и глоточный рефлексы живые. Дисфагия, дисфония. В процессе разговора речь становится все более неразборчивой. Отвисает нижняя челюсть, не может закрыть рот. Слабость мышц верхних конечностей до 4 б, нижних конечностей до 3,5 баллов, сухожильные рефлексы снижены. Нарушений чувствительности и координаторных нарушений нет.

Необходимым методом обследования для постановки диагноза является

- 72
- 3
- 48
- 24

Результаты обследования

Дополнительным диагностическим методом является

- 72
- 3
- 48

- 24

Результаты обследования

На основании проведенных обследований, наиболее вероятным клиническим диагнозом является

- 72
- 3
- 48
- 24

Диагноз

Пациентке показано назначение антихолинэстеразных препаратов, хлорида калия, калийсберегающих диуретиков и

- глюкокортикоидов
- антиоксидантов
- иммуномодуляторов
- цитостатиков

К побочным эффектам длительного приема глюкокортикоидных препаратов относят: повышение массы тела, нарушение толерантности к глюкозе и

- артериальную гипотензию
- нарушение менструального цикла
- артериальную гипертензию
- тромбоцито- и лейкоцитопению

Критерием назначения кортикостероидной терапии при дебюте миастении является

- декремент амплитуды М-ответа при ЭНМГ исследовании
- начало заболевания с бульбарных нарушений
- синдром патологической мышечной утомляемости
- повышение уровня аутоантител к ацетилхолиновым рецепторам

Показанием для госпитализации в отделение интенсивной терапии и нейрореанимации являет(-ют)ся

- (+) фармакологический тест с прозеринном
- диплопия, дисфония
- тимомы средостения
- дыхательная недостаточность

Больным миастенией противопоказано назначение

- нейропротекторов
- венотоников
- антиоксидантов
- петлевых диуретиков

Больным миастенией противопоказано назначение

- глюкокортикоидов
- витаминов
- антидепрессантов
- антиоксидантов

При миастении возможно развитие кризов: миастенического, смешанного и

- гипогликемического
- кетоацидотического
- холинергического
- гипертонического

В лечении холинергического криза при миастении используют ИВЛ и

- плазмаферез
- антихолинэстеразные препараты
- петлевые диуретики
- антибактериальные препараты

При лечении миастенического криза используют ИВЛ, плазмаферез и

- плазмаферез
- антихолинэстеразные препараты
- петлевые диуретики
- антибактериальные препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 лет обратилась к неврологу поликлиники.

Жалобы

На головные боли, постоянное ощущение усталости, плохой сон.

Анамнез заболевания

Более 5 лет беспокоит частая (несколько раз в неделю) головная боль, от слабой до выраженной интенсивности, двухсторонняя, давящая. Для облегчения головной боли почти ежедневно принимает анальгетики до 3-4 таблеток в день, последние два года практически ежедневно, иногда "впрок" чтобы не развилась головная боль. Стала раздражительной, конфликтует с соседями, перестала по утрам бегать.

Анамнез жизни

- * хронических заболеваний нет;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной

окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 уд/мин, АД 130/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Общемозговых и менингеальных симптомов нет, четкой очаговой симптоматики нет.

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- клинический
- молекулярно-генетический
- лабораторный
- инструментальный

Важным диагностическим критерием установления генеза головной боли является

- возникновение головной боли без предвестников
- двусторонняя локализация, сжимающий характер
- наличие признаков вегетативной недостаточности
- усиление в определенное время суток

Одним из ведущих факторов хронизации головной боли у пациентки явился

- конфликты с соседями
- возраст моложе 50 лет
- бесконтрольный прием обезболивающих
- малоподвижный образ жизни

Предполагаемым основным диагнозом является

- конфликты с соседями
- возраст моложе 50 лет
- бесконтрольный прием обезболивающих
- малоподвижный образ жизни

Диагноз

Основным критерием диагноза у пациентки является

- снижение работоспособности и концентрации внимания
- интенсивность и характер головной боли
- число дней приема обезболивающих в месяц
- нарушение сна и аппетита

Наиболее частыми сопутствующими симптомами при данной патологии являются(-ет)ся

- бледность кожных покровов
- тревожное расстройство, диссомния
- фото- и фонофобия, тошнота
- метаморфопсии, тошнота, рвота

Лечение головной боли у пациентки следует начинать с

- добавления к терапии триптанов
- отмены препаратов злоупотребления
- добавления к терапии эрготаминов
- увеличения дозы анальгетика

Параллельно с основной терапевтической стратегией необходимо проведение

- массажа
- физиотерапии
- детоксикации
- иглорефлексотерапии

Препаратами первого выбора в качестве профилактической терапии головной боли у пациентки являются

- нейролептики
- кортикостероиды
- антидепрессанты
- ноотропы

Наиболее эффективным препаратом из группы антидепрессантов является

- пароксетин
- amitриптилин
- эсциталопрам
- агомелатин

Дозу amitриптилина титруют по 5-10 мг в сутки до наступления клинической эффективности или появления нежелательных явлений 1 раз в +____+ дней

- 20
- 30
- 15
- 7

В период отмены и лечения лекарственно-индуцированной головной боли суммарное количество любых обезболивающих препаратов не должно превышать +____+ доз/месяц

- 20
- 30
- 15
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 34 лет, врач-терапевт, обратилась к неврологу.

Жалобы

На:

- * Интенсивную головную боль.
- * Тошноту.
- * Снижение аппетита.
- * Снижение трудоспособности.

Анамнез заболевания

Пациентка обратилась к врачу в феврале 2016 года с жалобами на повторяющиеся приступы интенсивной головной боли в правой (редко в левой) лобно-височной и орбитальной области. В начале приступа боль давящая, распирающая, затем пульсирующая. Данные приступы сопровождаются тошнотой, свето- и звукобоязнью, ощущением разбитости, поэтому во время приступа пациентка стремится прилечь в темном и тихом помещении, провоцируются ощущением голода или приёмом небольших доз алкоголя. Связи с менструальным циклом, недосыпанием не отмечает.

Описанные эпизоды появились в 11-летнем возрасте, купировались сном; аналогичные приступы головной боли в молодости отмечались у матери пациентки. Продолжительность приступов от 12 до 24 часов, частота болевых эпизодов в первые 5 лет заболевания составляла 1 раз в месяц или реже; в последние 2 года -1-3 раз в месяц. Для купирования приступа раньше хорошо помогали ибупрофен, комбинированные анальгетики и аспирин. В последние 3 года эффективность этих препаратов снизилась (принимала по 2-3 дозы на 1 приступ).

Анамнез жизни

- * Профессиональный анамнез: врач-терапевт, в связи с загруженностью на работе, вынуждена пропускать приемы пищи.
- * Употребляет 1-2 бокала красного вина 2 раза в месяц.
- * Артериальная гипотония (АД 85/60 мм рт. ст.).
- * Не курит.
- * Аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела 65 кг, рост 170 см. Температура тела 36,4°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Ладонный гипергидроз. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 63 в минуту, АД 90/59 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Неврологический статус: сознание ясное. Пациентка ориентирована в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Роговичные рефлекс сохранены, расстройств чувствительности на лице нет. Вкус не нарушен. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлекс с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполнила удовлетворительно. Пошатывание в пробе Ромберга, больше вправо. Тазовые функции контролирует.

Методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является

- инструментальный
- лабораторный
- молекулярно-генетический
- клинический

«Сигналом опасности» для дальнейшего тщательного обследования пациента является

- головная боль во время менструации
- головная боль, не усиливающаяся на нагрузках
- возникновение головной боли в возрасте старше 50 лет
- наличие ауры в виде метаморфозий

На основании жалоб и клинической картины, данной пациентке можно установить диагноз

- головная боль во время менструации
- головная боль, не усиливающаяся на нагрузках
- возникновение головной боли в возрасте старше 50 лет
- наличие ауры в виде метаморфозий

Диагноз

К провоцирующим факторам приступов у данной пациентки относят(-я)ся

- менструация
- голод и прием алкоголя
- характер работы
- артериальная гипотензия

Для оценки боли используют шкалу

- визуально-аналоговую
- Бека
- NIHSS
- Хен-Яра

В связи со снижением эффективности простых и комбинированных анальгетиков, препаратами для купирования приступа у пациентки являются

- антидепрессанты
- ноотропы
- триптаны
- нейрелептики

При тошноте применяют

- метоклопрамид
- бетажистин
- омепразол
- ипидакрин

Среди антидепрессантов наибольшей эффективностью для профилактического лечения мигрени обладает

- триттико
- amitriptilin

- леривон
- анафранил

Средствами с доказанной профилактической эффективностью при мигрени являются

- агонисты дофамина
- альфа-адреноблокаторы
- Н-холинолитики
- β -блокаторы

Для предотвращения приступов пациентки не рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые

- таурином
- фитонцидами
- тирамином
- пектином

Профилактическое лечение мигрени будет считаться эффективным, если в течение 3-х месяцев лечения число дней с головной болью уменьшится не менее чем, на + _____ +%

- 10
- 30
- 20
- 50

Осложнением мигрени не является

- 10
- 30
- 20
- 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 24 лет вызвала скорую помощь.

Жалобы

На

- * интенсивную головную боль в правой половине головы в течение 3 дней
- * тошноту, неоднократную рвоту
- * светобоязнь
- * выраженную слабость

Анамнез заболевания

Подобные приступы головной боли беспокоят в течение 5 лет. В начале приступа отмечается слабость в левых конечностях, затем развивается светобоязнь, интенсивная пульсирующая головная боль в правой половине головы. От приступов применяет назначенные неврологом таблетки, названия не помнит. Настоящий приступ

развился три дня назад, в загородной поездке, где с собой не было нужных лекарств. Боль периодически уменьшалась, но затем возникала с большей интенсивностью. Принимала анальгин без эффекта. По возвращении в город вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни

- * У родственников подобных головных болей не отмечается.
- * Хронических заболеваний нет.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Аллергии на лекарственные средства нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела 48 кг, рост 160 см. Температура тела 36,6°C. Соматический статус в норме. ЧСС 65 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени и собственной личности. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме. Фотореакции живые, симметричные. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Расстройств чувствительности на лице нет. При пальпации выявляется напряжение и болезненность перикраниальных мышц. Вкус не нарушен. Глотание не нарушено. Язык по средней линии. Ладонный гипергидроз. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног живые, равномерные, патологических нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет. Тазовые функции контролирует.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- 10
- 30
- 20
- 50

Результаты обследования

Показанием к проведению нейровизуализационного обследования для исключения вторичной природы головной боли является головная боль

- не усиливающаяся при нагрузках
- связанная с менструальным циклом
- внезапная «громоподобная»
- с типичной аурой

На основании жалоб и клинической картины основным диагнозом у данной пациентки является мигрень

- не усиливающаяся при нагрузках
- связанная с менструальным циклом
- внезапная «громоподобная»
- с типичной аурой

Диагноз

Осложнением основного заболевания у данной пациентки является

- персистирующая аура
- мигренозный статус
- мигренозный инфаркт

- эпилептический синдром

Препаратом для купирования лёгких приступов мигрени может являться

- amitриптилин
- димедрол
- цитиколин
- лорноксикам

При неэффективности простых анальгетиков для купирования приступа показано назначение

- антидепрессантов
- нейролептиков
- триптанов
- нормотимиков

При выраженной тошноте и рвоте используют

- гипотиазд
- бетагистин
- ипидакрин
- метоклопрамид

Для профилактической терапии мигрени используют

- ингибиторы АПФ
- антиоксиданты
- антиконвульсанты
- нейролептики

При неэффективности всех рекомендуемых медикаментозных средств для профилактики хронической мигрени показано использование

- атипичного нейролептика
- вальпроевой кислоты
- антагониста кальция
- ботулинического токсина типа А

При наличии выраженной дисфункции перикраниальных мышц показано проведение

- массажа головы
- когнитивно-поведенческой терапии
- блокады затылочного нерва
- постизометрической релаксации

Наиболее безопасным в отношении сердечно-сосудистой системы триптаном является

- наратриптан

- золмитриптан
- элетриптан
- суматриптан

К факторам хронизации мигрени относят

- наратриптан
- золмитриптан
- элетриптан
- суматриптан

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 37 лет обратилась на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

- * Приступы интенсивной головной боли пульсирующего характера.
- * Тошноту, многократную рвоту, чувствительность к громким звукам во время приступов.
- * Тревожность, подавленность, плохой сон.

Анамнез заболевания

Первый приступ головной боли возник в студенческом возрасте, 19 лет. Был поставлен диагноз вегетативно-сосудистой дистонии. Аналогичные приступы случались примерно 1 раз в год. В течение последнего года отмечает ухудшение состояния. Приступы участились, отмечаются с частотой примерно 1 раз в месяц. Приступ продолжается 10-12 часов, головная боль локализуется в правой или левой половине головы, интенсивностью до высокой, сопровождается тошнотой, неоднократной рвотой, чувствительностью к громким звукам. Во время приступа невозможны бытовые физические нагрузки. Принимала разные анальгетики, чаще без эффекта.

Анамнез жизни

- * Работает на дому, ненормированный рабочий график, часто работает по ночам.
- * Хронические заболевания: Хронический гастродуоденит.
- * Курит до одной пачки сигарет в день.
- * Аллергии на лекарственные средства нет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения. Кожные покровы физиологической окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 64 уд/мин. АД 120/78 мм рт. ст. Язык влажный розовый. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. Неврологический статус: Зрачки округлой формы OD=OS. Фотореакции (прямая и содружественная) симметричны. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма, диплопии нет. Язык по средней линии. Надбровный, корнеальный рефлексы живые, симметричные. Болезненность при пальпации перикраниальных мышц. Глотание не нарушено. Глоточные и небные рефлексы живые, равные с обеих сторон. Симптомы орального автоматизма отсутствуют. Мышечный тонус в руках и ногах не изменен. Мышечная сила достаточная. Глубокие рефлексы: D=S в руках и ногах, несколько повышены. Брюшные рефлексы D=S, живые. Чувствительных расстройств не предъявляет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон. Менингеальных знаков нет. Функции тазовых органов контролирует.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- наратриптан
- золмитриптан
- элетриптан
- суматриптан

Результаты обследования

Показанием для проведения МРТ при данной клинической картине может являться

- мигренозная головная боль, не отвечающая на терапию
- возникновение симптомов до 20 лет
- наличие сопутствующих вредных привычек
- двусторонняя локализация головной боли

Учитывая клинические данные, можно предположить диагноз

- мигренозная головная боль, не отвечающая на терапию
- возникновение симптомов до 20 лет
- наличие сопутствующих вредных привычек
- двусторонняя локализация головной боли

Диагноз

К критериям постановки диагноза относят

- уровень артериального давления
- давящий характер цефалгии
- купирование простыми анальгетиками
- продолжительность головной боли

Для купирования приступов головной боли большой интенсивности и при значительной дезадаптации при мигрени используют

- нейролептики
- НПВС
- наркотические анальгетики
- триптаны

Для облегчения симптомов фото- и фонофобии при мигрени используют

- триптаны
- пиразолон
- холинолитики
- НПВС

Рекомендуемая начальная доза суматриптана составляет + _____ + мг

- 300

- 200
- 50
- 10

Противопоказанием к применению триптанов является

- гастродуоденопатия
- бронхиальная астма
- постинфарктный кардиосклероз
- эрозивный гастрит

Показанием к профилактическому лечению мигрени является

- наличие рвоты, сопровождающей приступ головной боли
- усиление головной боли при физической нагрузке
- пульсирующий характер головной боли
- высокая частота приступов головной боли

Для профилактического лечения мигрени применяют

- нейрелептики
- ноотропы
- β -блокаторы
- ингибиторы АПФ

К провоцирующим факторам приступа мигрени относится

- курение
- переедание
- лишний вес
- избыточный сон

К симптомам постдрома при мигрени относится

- светобоязнь
- сонливость
- тошнота
- повышенный аппетит