

Неврология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/nevrolog/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д. 65 лет доставлен в многопрофильный стационар по скорой медицинской помощи в связи с внезапным ухудшением состояния, потерей сознания.

Жалобы

На сильную головную боль, тошноту, слабость в правых конечностях.

Анамнез заболевания

Заболевание развилось остро. Пациент пожаловался на сильную головную боль. Спустя несколько минут потерял сознание, упал.

Анамнез жизни

У пациента ранее установлены артериальная гипертензия с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст. (лечение нерегулярное), сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое; наблюдаются гиперемия и «сальность» лица, инъекция склер; ожирение (рост 174 см, масса тела 112 кг), АД 180/110 мм рт.ст., пульс 64 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены; дыхание шумное, ритмичное, ЧДД 20 в минуту.

Неврологический статус: оглушение; симптомы Бехтерева и Мондонези слева, грубая ригидность шейных мышц, симптом Кернига; анизокория S>D с вялой фотореакцией слева; ограничение зрения вправо; снижение правого корнеального рефлекса; сглаженность правой носогубной складки, при дыхании симптом «паруса» справа; девиация языка вправо; ротация правой стопы наружу, снижение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов в правых конечностях; положительный симптом Бабинского справа.

Ведущим очаговым неврологическим синдромом у пациента является + _____ +
гемипарез + _____ +

- периферический ; справа
- периферический ; слева
- центральный ; слева
- центральный ; справа

Для подтверждения клинического диагноза пациенту необходимо назначить

- периферический ; справа
- периферический ; слева
- центральный ; слева
- центральный ; справа

Результаты обследования

Клиническим признаком дислокационного синдрома у пациента является

- ограничение взора вправо
- ригидность шейных мышц
- анизокория
- ротация правой стопы кнаружи

Основным диагнозом, с учетом данных дополнительных методов обследования, является

- ограничение взора вправо
- ригидность шейных мышц
- анизокория
- ротация правой стопы кнаружи

Диагноз

Ведущей причиной геморрагического инсульта является

- стеноз артерий
- тромбофилические состояния
- мерцательная аритмия
- артериальная гипертензия

Пациенту необходима консультация

- нейрохирурга
- кардиолога
- хирурга
- эндокринолога

С целью коррекции отека мозга и внутричерепной гипертензии пациенту следует назначить + _____ + диуретики

- тиазидные
- калийсберегающие
- осмотические
- петлевые

Хирургическое лечение рекомендуется при субкортикальном кровоизлиянии объемом более + _____ + см³

- 25
- 30
- 20

- 15

Гемостатическая терапия пациенту НЕ показана, в связи с возможным развитием

- сердечной недостаточности
- тромботических осложнений
- дыхательной недостаточности
- артериальной гипотензии

Наиболее эффективным методом профилактики геморрагического инсульта является + _____ + терапия

- антикоагулянтная
- антигипертензивная
- гиполипидемическая
- антитромбоцитарная

Серьезным осложнением при кровоизлиянии в мозг является развитие

- очаговой неврологической симптоматики
- вторичной ишемии мозга
- менингеального синдрома
- прорыва крови в желудочки мозга

К клиническим признакам прорыва крови в желудочковую систему мозга относят

- очаговой неврологической симптоматики
- вторичной ишемии мозга
- менингеального синдрома
- прорыва крови в желудочки мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 76 лет доставлен в стационар машиной скорой медицинской помощи по поводу остро развившейся слабости в конечностях.

Жалобы

На слабость в левых конечностях.

Анамнез заболевания

Утром во время завтрака внезапно возникли слабость в левой руке и ноге, перекос лица. Госпитализирован по СМП через 2 часа от развития симптоматики.

Анамнез жизни

В анамнезе у пациента артериальная гипертензия, ИБС, синдром перемежающейся хромоты. В течение последнего года имел место эпизод быстро проходящей слабости в

левых конечностях. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда. Курит в течение многих лет. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При поступлении у больного АД – 170/90 мм.рт.ст., пульс 82 в минуту, ритм сердца правильный. Снижена пульсация на обеих *a. dorsalis pedis*.

В легких дыхание жесткое. ЧДД 16 в минуту. Трофические изменения голени. Рост 182 см. Масса тела 88 кг.

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. Сглажена левая носогубная складка. Язык девирует влево.

Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2 баллов в руке и 3 баллов в ноге. Сухожильные рефлексы торпидные. Снижен левый подошвенный рефлекс, симптом Бабинского слева. Полная утрата поверхностной чувствительности и суставно-мышечного чувства в левых конечностях. Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлексы орального автоматизма.

Обращает внимание недооценка пациентом симптомов заболевания. 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. До развития острой неврологической симптоматики подобных нарушений у пациента не было.

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

- афазией
- апраксией
- астереогнозом
- псевдомелией

Имеющаяся у пациента симптоматика в виде ощущения лишних конечностей, иногда даже лежащих на расстоянии, соответствует поражению + _____ + доли головного мозга

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

Необходимым методом обследования, позволяющим установить характер изменений в веществе головного мозга, является

- правой теменной
- правой височной
- правой лобной

- левой теменной

Результаты обследования

Выявленные изменения на компьютерной томограмме в виде утраты контраста между серым и белым веществом в области головки лентикулярного ядра справа, сглаженности борозд и извилин в проекции кровоснабжения правой средней мозговой артерии можно трактовать как

- демиелинизацию
- ишемию
- опухоль
- кровоизлияние

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

- демиелинизацию
- ишемию
- опухоль
- кровоизлияние

Результаты обследования

Основным диагнозом, с учетом данных дополнительных методов обследования, является Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, + _____ + патогенетический вариант. Артериальная гипертензия. ИБС, постинфарктный кардиосклероз.

- демиелинизацию
- ишемию
- опухоль
- кровоизлияние

Диагноз

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

- 6
- 4,5
- 3
- 8

Доза вводимого тромболитика (алтеплазы) у пациента не должна превышать + _____ + мг.

- 90
- 60
- 100
- 80

С целью вторичной профилактики инсульта применение антиагрегантных или антикоагулянтных средств после проведения системного тромболизиса не допускается в течение + _____ + часов

- 36
- 24
- 12
- 48

Целевой уровень холестерина ЛПНП при терапии статинами у пациента составляет + _____ + ммоль/л

- 5,6
- 3,8
- 1,8
- 4,2

С учетом патогенетического варианта заболевания в качестве вторичной профилактики пациенту следует назначить

- ацетилсалициловую кислоту 2 мг/кг массы тела
- дабигатрана этексилат 150 мг/2 раза в сутки
- варфарин 5-10 мг/сутки
- ацетилсалициловую кислоту 1 мг/кг массы тела

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

- ацетилсалициловую кислоту 2 мг/кг массы тела
- дабигатрана этексилат 150 мг/2 раза в сутки
- варфарин 5-10 мг/сутки
- ацетилсалициловую кислоту 1 мг/кг массы тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 78 лет доставлена в стационар машиной скорой медицинской помощи по поводу остро развившихся нарушений речи.

Жалобы

Адекватному речевому контакту не доступна.

Анамнез заболевания

Госпитализирована по скорой медицинской помощи. Со слов родственников, последнее общение с пациенткой по телефону было около двух суток назад.

Анамнез жизни

Со слов родственников, в анамнезе у пациентки артериальная гипертензия с подъемами АД до 180/110 мм рт.ст., ИБС, мерцательная аритмия.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. АД 200/110 мм рт.ст., пульс 110-140 уд/мин, аритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДД 18 в минуту. Аускультативно на сосудах шеи шумов не выявлено. Ожирение.

Больная в сознании, возбуждена. Речевому контакту не доступна. Обращенную речь не понимает, на вопросы не отвечает, устные инструкции не выполняет, грубое отчуждение смысла слова, вербальные парафазии. Спонтанная речь по типу «словесной крошки». Чтение, письмо, счет невозможны. Скуловой симптом Бехтерева слева. Снижен правый корнеальный рефлекс. Парез мимических мышц по центральному типу справа.

Пронационный феномен правой кисти. Оживление сухожильных рефлексов справа.

Рефлекс Бабинского справа. Выражены рефлексы орального автоматизма (хоботковый, ладонно-подбородочный). Оценить чувствительные и координаторные нарушения невозможно из-за ограничения контакта с пациенткой.

Имеющаяся у пациентки симптоматика в виде непонимания обращенной речи, грубого отчуждения смысла слова, вербальных парафазий, спонтанной речи по типу «словесной крошки» соответствует синдрому + _____ + афазии

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

Речевые нарушения, имеющиеся у пациентки характерны для поражения левой + _____ + доли головного мозга

- затылочной
- теменной
- височной
- лобной

Необходимым методом обследования, позволяющим установить характер изменений в веществе головного мозга является

- затылочной
- теменной
- височной
- лобной

Результаты обследования

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

- кровоизлияние
- ишемию
- демиелинизацию
- опухоль

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

- кровоизлияние
- ишемию
- демиелинизацию
- опухоль

Результаты обследования

С учетом выявленных изменений, у пациентки диагностирован + _____ + патогенетический вариант заболевания

- кардиоэмболический
- лакунарный
- неуточненный
- атеротромботический

Основным диагнозом, с учетом данных дополнительных методов обследования, является Ишемический инсульт в бассейне левой + _____ + мозговой артерии. + _____ + патогенетический вариант. Артериальная гипертензия. ИБС, мерцательная аритмия. Ожирение.

- кардиоэмболический
- лакунарный
- неуточненный
- атеротромботический

Диагноз

Пациентке с артериальной гипертонией в первые 24 часа с момента развития заболевания следует снизить артериальное давление до цифр + _____ + мм рт. ст.

- 130/80
- 180/100
- 120/80
- 140/90

С учетом патогенетического варианта заболевания, в качестве вторичной профилактики пациентке следует назначить

- дипиридамол
- варфарин
- клопидогрел
- аспирин

Целевой уровень МНО, с учетом терапии, у пациентки должен быть равен

- 4-5
- 0-1
- 0-2
- 2-3

Терапевтическим окном для тромболитической терапии являются первые + _____ + часа(ов) от развития инсульта

- 8
- 6
- 3
- 4,5

Проведение тромболитической терапии противопоказано при АД выше + _____ + мм рт.ст

- 8
- 6
- 3
- 4,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет госпитализирована бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы на слабость в левых руке и ноге, двоение предметов перед глазами.

Анамнез заболевания

Заболела утром, около 1,5 часов назад, когда готовила завтрак, внезапно упала, сознание не теряла, после чего с трудом поднялась из-за развившейся слабости в левых руке и ноге, также появилось двоение предметов перед глазами. Самостоятельно вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни

На пенсии. Страдает артериальной гипертензией, мерцательной аритмией. Регулярно принимает периндоприл, индапамид, дабигатран 150 мг 2 раза в день. Инсульты, инфаркты, сахарный диабет отрицает. Аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности.

Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 168, вес – 72 кг.

Температура тела 36,2⁰С, АД 160/80 мм. рт.ст., пульс 78 уд в мин, тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: уровень сознания – ясное. Продуктивному контакту доступна.

Ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Менингеальных симптомов нет. Птоз справа. Зрачки D>S, фотореакция, реакции на аккомодацию, конвергенцию справа снижены. Расходящееся косоглазие за счет правого глаза. Правый глаз отведен кнаружи и вниз. Чувствительность на лице не изменена. Сглажена левая носогубная складка. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлекс сохранены. Язык девирует влево. Симптомы орального автоматизма: хоботковый, Маринеску-Радовичи с двух сторон. Мышечная сила справа сохранена, слева: в руке и ноге снижение мышечной силы до 3 баллов. Сухожильные рефлексy D

В неврологическом статусе у пациентки выявлен синдром

- Вебера
- Фовилля
- Клода
- Бенедикта

В первую очередь пациентке показано проведение

- Вебера
- Фовилля
- Клода
- Бенедикта

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов нейровизуализации пациентке можно поставить диагноз ишемического инсульта в системе + _____ + артерии(-й)

- Вебера
- Фовилля
- Клода
- Бенедикта

Диагноз

Проведение тромболитической терапии у больной

- возможно, после оценки антиХа- активности плазмы
- возможно, после оценки тромбинового времени
- возможно, если после последнего приема дабигатран прошло 8 часов

- невозможно, т.к. пациентка получала дабигатран

Специфическим антагонистом дабигатрана является

- абциксимаб
- идаруцизумаб
- ритуксимаб
- инфликсимаб

Референсные показатели тромбинового времени (ТВ) в лаборатории больницы 14-21 сек.

При ТВ + _____ + сек пациентке необходимо назначение идаруцизумаба

- 16
- 32
- 20
- 14

Пациентке необходимо ввести + _____ + г. идаруцизумаба

- 20
- 5
- 10
- 15

Внутривенная тромболитическая терапия после введения идаруцизумаба должна быть начата

- после нормализации ТВ
- через час
- незамедлительно
- через 15 минут

Доза альтеплазы у данной больной должна составлять + _____ + мг/кг

- 0,6
- 0,9
- 0,5
- 0,7

Пациентке начата внутривенная тромболитическая терапия.

Повторный анализ ТВ - 23 сек., в данной ситуации необходимо

- повторно ввести идаруцизумаб и продолжить терапию
- продолжить внутривенную тромболитическую терапию
- остановить внутривенную тромболитическую терапию
- повторить анализ на тромбиновое время

У пациентки, несмотря на повышение ТВ и остановку тромболитической терапии досрочно, в неврологическом статусе отмечалась положительная динамика в виде регресса глазодвигательных нарушений и уменьшения выраженности пареза в левых конечностях до 4 баллов в руке и ноге. NIH – 3 балла

Повторная КТ головного мозга, пациентке должна быть проведена через + _____ + часа/ов после тромболитической терапии

- 8
- 48

- 72
- 24

В качестве вторичной профилактики больной показан приём

- 8
- 48
- 72
- 24

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет госпитализирован бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы на слабость в правых руке и ноге, нарушение речи.

Анамнез заболевания

Заболел утром, около 1,5 часов назад, собираясь на работу, дома упал не смог встать, нарушилась речь. Женой вызвана бригада СМП.

Анамнез жизни

Работает программистом. Страдает артериальной гипертензией, мерцательной аритмией Регулярно принимает периндоприл, индапамид, дабигатран 150 мг 2 раза в день. Инсульты, инфаркты, сахарный диабет отрицает.

Аллергоанамнез не отягощён.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 168, вес 72 кг. Температура тела 36,2⁰С, АД 160/80 мм рт.ст., пульс 78 уд в мин, тоны сердца приглушены, аритмичные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин. Неврологический статус: уровень сознания – ясное. Нарушена плавность речи, пациент с трудом переключается с одной речевой единицы на другую. В речи персеверации, повторения слов и слогов. Произношение отдельных звуков не нарушено. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакция, реакции на аккомодацию, конвергенцию сохранены. Гипестезия на лице справа. Сглажена правая носогубная складка. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык девирует вправо. Симптомы орального автоматизма: хоботковый, Маринеску-Радовичи с двух сторон. Мышечная сила слева сохранена, справа: в руке проксимально – 1 балл, дистально – плегия, в ноге - 2 балла. Сухожильные рефлексы D>S, рефлексогенные зоны расширены. Симптом Бабинского справа. Правосторонняя гемигипестезия. Координаторные пробы левыми конечностями выполняет удовлетворительно, правыми не выполняет из-за пареза. Шкала NIH – 11 баллов

Нарушения речи, выявленные у больного, связаны с развитием + _____ + афазии

- моторной афферентной
- моторной эфферентной
- динамической
- акустико-гностической

В первую очередь пациенту показано проведение исследования

- моторной афферентной
- моторной эфферентной
- динамической

- акустико-гностической

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов нейровизуализации пациенту можно поставить диагноз ишемического инсульта в бассейне + _____ + артерии/ий

- моторной афферентной
- моторной эфферентной
- динамической
- акустико-гностической

Диагноз

Учитывая сроки развития симптомов заболевания, проведение тромболитической терапии больному

- противопоказано, так как пациент получал дабигатран
- возможно, если после последнего приема дабигатрана прошло 8 часов
- возможно, после оценки тромбинового времени
- возможно, после оценки антиХа-активности плазмы

Специфическим антагонистом дабигарана является

- ритуксимаб
- идаруцизумаб
- инфликсимаб
- абциксимаб

Референсные показатели тромбинового времени в лаборатории больницы 14-21 сек.

При значении тромбинового времени + _____ + сек пациенту необходимо назначение идаруцизумаба

- 16
- 12
- 20
- 32

При тромбиновом времени 32 секунды больному необходимо ввести + _____ + г. идаруцизумаба

- 10
- 5
- 15
- 20

Внутривенная тромболитическая терапия должна быть начата

- через 15 минут после введения идаруцизумаба
- незамедлительно после введения идаруцизумаба
- через 1 час после введения идаруцизумаба
- при нормализации тромбинового времени

Доза альтеплазы у данного больного должна составлять + _____ + мг/кг

- 0,5
- 0,9
- 0,7
- 0,6

Пациенту начата внутривенная тромболитическая терапия. Повторный анализ тромбинового времени - 23 сек. +

Пациенту показано

- продолжить внутривенную тромболитическую терапию
- повторить анализ на тромбиновое время, продолжая терапию
- прекратить внутривенную тромболитическую терапию
- повторно ввести идаруцизумаб и продолжить терапию

У пациента, несмотря на повышение тромбинового времени и остановку тромболитической терапии досрочно, в неврологическом статусе отмечалась положительная динамика в виде регресса речевых нарушений и уменьшения выраженности пареза в правых конечностях до 3 баллов в руке и 4 баллов ноге. NIH – 5 баллов

Повторная КТ головы, пациенту должна быть проведена + _____ + после тромболитической терапии

- через 24 часа
- в течение недели
- в течение 10 дней
- через 8 часов

В качестве вторичной профилактики больному показан приём

- через 24 часа
- в течение недели
- в течение 10 дней
- через 8 часов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет госпитализирован бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы активно не предъявляет из-за тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Пациент найден женой 1,5 часа назад, лежащим на полу, со следами рвотных масс и мочеиспускания. Последний контакт с больным был утром.

Анамнез жизни

На пенсии. Страдает артериальной гипертензией, мерцательной аритмией, сахарным диабетом 2 типа. Регулярно принимает периндоприл, индапамид, аспирин, сиофор. Со слов супруги инсультов, инфарктов миокарда ранее не отмечалось. Обычные значения АД 140-150/80-90 мм рт.ст.

Объективный статус

Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Гиперстеническое телосложение, повышенного питания. Рост 168 см, масса тела 100 кг. Температура тела 36,2⁰С, АД 210/90 мм рт. ст., пульс 78-90 уд/мин, тоны сердца приглушены, аритмичные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: уровень сознания – оглушение. На вопросы отвечает односложно, с задержкой, иногда не по существу. Симптомы Бехтерева и Мондонези справа. Поворот головы и глаз вправо. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Гипестезия на лице слева (хуже реагирует при нанесении болевых раздражителей на лицо слева). Парусит левая щека. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык не высовывает. Выражены симптомы орального автоматизма: назо-лабиальный, хоботковый, Маринеску-

Радовичи с двух сторон. Мышечная сила в правых конечностях сохранена, в левых конечностях движения отсутствуют. Сухожильные рефлексы D>S, слева рефлексы низкие. Симптом Бабинского слева. Мышечный тонус снижен в левых конечностях. Создается впечатление о гемигипестезии на туловище и конечностях слева. Координаторные пробы не проверялись из-за тяжести состояния и отсутствия контакта с больным. Тяжесть состояния по шкале NIHSS - 21 балл.

Поворот головы и глаз вправо у больного связаны с поражением

- стволового центра зрения
- правого глазодвигательного нерва
- коркового центра зрения
- медиального продольного пучка

В первую очередь пациенту показано проведение

- стволового центра зрения
- правого глазодвигательного нерва
- коркового центра зрения
- медиального продольного пучка

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов нейровизуализации (обширная зона пониженной плотности по данным КТ головного мозга), пациенту можно поставить диагноз ишемического инсульта в бассейне + _____ + артерии(-й)

- стволового центра зрения
- правого глазодвигательного нерва
- коркового центра зрения
- медиального продольного пучка

Диагноз

У пациента при дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий не найдено гемодинамически значимых стенозов сонных артерий.

ЭКГ: фибрилляция предсердий с частотой 78-98 уд. в мин.

У пациента имеется + _____ + патогенетический вариант ишемического инсульта

- атеротромботический
- гемодинамический
- кардиоэмболический
- лакунарный

Лечение больного целесообразно проводить в отделении

- неврологическом общего профиля
- специализированном для нарушений мозгового кровообращения
- общей реанимации и интенсивной терапии
- кардиологическом с блоком интенсивной терапии

Проведение тромболитической терапии пациенту

- показано альтеплазой
- показано урокиназой
- не показано
- показано стрептокиназой

Пациенту в первые сутки ишемического инсульта следует поддерживать артериальное давление на уровне + _____ + мм рт.ст.

- 130/70
- 180/100
- 150/90
- 140/80

Основным инфузионным раствором для лечения больного является + _____ + % раствор + _____ +

- 5 ; декстрозы
- 0,45 ; натрия хлорида
- 10 ; натрия хлорида
- 0,9 ; натрия хлорида

При поступлении уровень глюкозы у больной составил 12 ммоль/л.

Необходима коррекция гликемии до + _____ + ммоль/л

- 2-3
- 10-12
- 6-8
- 4-5

Для коррекции гипергликемии больному необходимо использовать

- внутривенное введение простого инсулина короткого действия
- внутривенное введение инсулина пролонгированного действия
- подкожное введение простого инсулина
- глибенкламид в сочетании с сиюфором

Состояние пациента с отрицательной динамикой: кома 1, мидриаз справа, отсутствие фотореакции справа, левосторонняя гемиплегия, двусторонний симптом Бабинского. Развитие мидриаза связано с поражением + _____ + нерва

- блуждающего
- глазодвигательного
- блокового
- отводящего

Учитывая нарастания нарушения уровня сознания, пациент переведен на искусственную вентиляцию легких. С целью коррекции отека головного мозга больному необходимо поднять головной конец кровати на 30° и назначить

- блуждающего
- глазодвигательного
- блокового
- отводящего

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 28 лет госпитализирована бригадой СМП в тяжелом состоянии.

Жалобы

На интенсивную головную боль, тошноту, повторную рвоту, выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания

Заболела три дня назад, появилось общее недомогание, боли в животе, несколько раз был жидкий стул, принимала Линекс. Накануне вечером отмечалось повышение температуры тела до $38,2^{\circ}\text{C}$.

Самостоятельно принимала Нурофен. Сегодня утром в ванной комнате упала. Обнаружена мужем лежащей на полу со следами непроизвольного упускания мочи. Госпитализирована вызванной бригадой СМП.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания была практически здорова. Рецидивирующая герпетическая инфекция на лице. В детстве переболела ветряной оспой. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает менеджером по продажам. В течение полугода отмечается повышенная нагрузка.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. Пациентка лежит с закрытыми глазами. Кожные покровы бледные, сухие, горячие на ощупь. На фоне гиперемии лица выделяется бледный носогубный треугольник. Везикулярная сыпь на ладонях и подошвах стоп. На коже верхней губы герпетические высыпания. Температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$, АД 90/60 мм рт.ст., пульс 110 уд в мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 28 в мин. Живот мягкий безболезненный. Перистальтика сохранена. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Мочевой пузырь не пальпируется.

Неврологический статус: уровень сознания – оглушение. Пациентка сонлива, инструкции выполняет после повторения, на вопросы отвечает односложно. Ориентирована в пространстве, времени и личности. Ригидность шейных мышц. Двусторонний симптом Кернига. Двусторонний симптом Мондонеци.

Черепные нервы:

1 – Обоняние не нарушено. +

2 – зрение сохранено. Поля зрения ориентировочным методом не изменены. +

3, 4, 6 – Глазные щели D=S, зрачки равны, реакция на свет сохранена с двух сторон. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Косоглазия нет. +

5 – Корнеальный рефлекс D=S, умеренная болезненность точек выхода тройничного нерва с двух сторон. +

7 - Мимика симметричная. +

8 - Слух сохранен, нистагма нет. +

9, 10 - Глотание не нарушено. Небный и глоточный рефлексы сохранены. +

11 – Повороты головы и поднятие плеч не нарушены. +

12 - Язык по средней линии. На языке следы прикуса. +

Парезов нет. Сухожильные рефлексы D=S, живые, зоны не расширены. Симптом Бабинского с 2-х сторон. Брюшные рефлексы живые с двух сторон. Общая гиперестезия. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон.

Двусторонний симптом Мондонеци относится к проявлениям + _____ + синдрома

- менингеального
- общеинтоксикационного
- очагового
- гипертензионного

У пациентки имеет место сочетание симптомов инфекции, менингеального и + _____ + синдрома

- очагового
- гипертензионного
- гиперсомнического
- атактического

Сочетание менингеального и общеинфекционного синдромов у больной, вероятно, обусловлено развитием

- менингоэнцефалита
- церебрального венозного тромбоза
- менингита
- субарахноидального кровоизлияния

Для постановки диагноза пациентке необходимо провести

- менингоэнцефалита
- церебрального венозного тромбоза
- менингита
- субарахноидального кровоизлияния

Результаты лабораторных исследований

Дополнительно для подтверждения диагноза необходимо провести

- менингоэнцефалита
- церебрального венозного тромбоза
- менингита
- субарахноидального кровоизлияния

Результаты исследований

Дополнительно больной необходимо назначить

- менингоэнцефалита
- церебрального венозного тромбоза
- менингита
- субарахноидального кровоизлияния

Результаты обследования

Учитывая данные обследования, основным диагнозом является

- менингоэнцефалита
- церебрального венозного тромбоза
- менингита
- субарахноидального кровоизлияния

Диагноз

Пациентке показано назначение + _____ + терапии

- дезинтоксикационной
- противовирусной
- антиоксидантной
- антибактериальной

У пациентки отмечается снижение натрия в сыворотке крови до 130 ммоль/л (N 136-145 ммоль/л). Снижение уровня натрия в сыворотке крови у пациентов с нейроинфекцией прежде всего связано с

- развитием несахарного диабета
- синдромом неадекватной секреции антидиуретического гормона

- развитием острой почечной недостаточности
- недостатком экзогенного поступления Na

При гипонатриемии у пациентов с менингитом следует назначить

- изотонический раствор натрия хлорида 2-2,5 л в сутки
- гипертонический раствор хлорида натрия
- ограничение объема вводимой жидкости
- раствор Рингера 2-2,5 л в сутки

Для уменьшения внутричерепной гипертензии у пациентов с вирусным серозным менингитом используют

- калийсберегающие диуретики
- кортикостероиды
- 25% раствор сульфата магния
- осмотические диуретики

Наиболее часто возбудителями серозных менингитов являются(-ет)ся

- калийсберегающие диуретики
- кортикостероиды
- 25% раствор сульфата магния
- осмотические диуретики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С.42 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

На слабость в левой руке, возникшую после сна.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно: 2 дня назад, после ночного сна в состоянии алкогольного опьянения развилась слабость в левой руке, трудность разгибания кисти и пальцев.

Анамнез жизни

- * Пациент работает слесарем.
- * Выкуривает 1 пачку сигарет в день.
- * Периодически злоупотребляет алкоголем.

Объективный статус

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 74 уд/мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентирован. Черепно-мозговые нервы без патологии. Паралич мышц-разгибателей левой кисти и пальцев, нарушение всех видов чувствительности на тыльной поверхности кисти, включая тыльную поверхность проксимальных фаланг I, II и половины III пальцев. Сгибание левой руки в плечевом и локтевом суставах сохранены.

Возникшие у пациента двигательные и чувствительные нарушения соответствуют клинике поражения

- лучевого нерва
- плечевого сплетения

- локтевого нерва
- срединного нерва

Диагноз поражения периферического нерва ставится в первую очередь на основании данных

- лучевого нерва
- плечевого сплетения
- локтевого нерва
- срединного нерва

Результаты обследования

Для объективизации патологических изменений нерва, оценки их локализации и степени выраженности, а также для отслеживания динамики проводится

- лучевого нерва
- плечевого сплетения
- локтевого нерва
- срединного нерва

Результаты обследования

На основании данных клинико-неврологического осмотра пациента, предполагаемым уровнем поражения лучевого нерва можно считать

- область локтевого сустава
- область лучезапястного сустава
- среднюю треть предплечья
- среднюю треть плеча

При проведении ультразвукового исследования нерва универсальным признаком туннельного синдрома является

- выявление диастаза концов нерва
- нарушение фасцикулярного рисунка нерва
- соотношение поперечного сечения нерва на уровне сдавления и выше места сдавления более чем 1:1,5
- соотношение высоты сечения нерва к поперечнику более чем 1:3

В раннем периоде туннельного поражения нерва преобладают симптомы

- игнорирования
- раздражения
- выпадения
- угнетения

На раннем этапе лечения туннельной невропатии лучевого нерва рекомендуется

- отказ от ношения часов и браслетов на запястье
- использование вальпроевой кислоты
- использование иммобилизирующих шин с фиксацией предплечья и кисти
- использование альфа-липоевой кислоты

При туннельных невропатиях двигательные нарушения наблюдаются в подавляющем большинстве случаев

- на ранних стадиях заболевания
- одновременно с чувствительными нарушениями
- на поздних стадиях заболевания
- одновременно с повышением мышечного тонуса

Частыми проявлениями туннельного синдрома является/ются

- миоклонические сокращения
- патологические рефлексy
- вегетативно-сосудистые нарушения
- повышение рефлексов

К немедикаментозным методам лечения туннельных невропатий, направленных на восстановление невралной проводимости, можно отнести использование

- метода тугого бинтования пораженной конечности
- внутривенного капельного введения препаратов с нейропротективными свойствами
- физиотерапевтических процедур с местным применением антихолинэстеразных препаратов посредством электро- или фонофореза
- методики биологической обратной связи

При туннельных компрессионных синдромах отдельных периферических нервов магнитно-резонансная томография может являться процедурой, которая может быть полезна

- и рекомендована к использованию большинством экспертов
- но не имеет положительного эффекта от ее проведения
- и должна рассматриваться в качестве обязательной диагностической тактики
- но эффективность подтверждена мнением отдельных экспертов, в отдельных клинических случаях

Показанием для проведения оперативного лечения при туннельных компрессионных синдромах может быть наличие

- и рекомендована к использованию большинством экспертов
- но не имеет положительного эффекта от ее проведения
- и должна рассматриваться в качестве обязательной диагностической тактики
- но эффективность подтверждена мнением отдельных экспертов, в отдельных клинических случаях

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 81 год, госпитализирована бригадой СМП.

Жалобы

Жалобы на чувство онемения и слабости в левых конечностях.

Анамнез заболевания

Утром во время приготовления завтрака ощутила нехватку воздуха и сильное неравномерное сердцебиение, после этого почувствовала онемение и слабость в левой руке (не смогла удерживать предметы), и ноге. Самостоятельно измерила АД = 180/90 мм рт.ст. Вызвала бригаду СМП. К приезду бригады скорой помощи слабость в конечностях регрессировала, сохранялось легкое онемение. Бригадой СМП зафиксирован эпизод наджелудочковой тахикардии с ЧСС 120 уд/мин.

Анамнез жизни

Считала себя относительно здоровым человеком. Адаптирована к АД 120/80 мм рт.ст. Крайне редко отмечает

эпизоды повышения АД до 150-160/90 мм рт.ст. Гипотензивную терапию не принимает. Инсульты, инфаркт миокарда в анамнезе отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. На пенсии.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности.

Гиперстеническое телосложение, повышенного питания. Рост 178, масса тела 92 кг. Температура тела 36,2⁰С, 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 ориентирована. 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. Мимика симметричная. Слух сохранен. Небный и глоточный рефлекс сохранены. Язык по средней линии. Симптомов орального автоматизма нет. Мышечная сила сохранена. Сухожильные рефлексы D

В первую очередь пациентке показано проведение

- и рекомендована к использованию большинством экспертов
- но не имеет положительного эффекта от ее проведения
- и должна рассматриваться в качестве обязательной диагностической тактики
- но эффективность подтверждена мнением отдельных экспертов, в отдельных клинических случаях

Результаты обследования

Для определения патогенетического варианта сосудистого события пациентке необходимо проведение

- и рекомендована к использованию большинством экспертов
- но не имеет положительного эффекта от ее проведения
- и должна рассматриваться в качестве обязательной диагностической тактики
- но эффективность подтверждена мнением отдельных экспертов, в отдельных клинических случаях

Результаты обследования

ЭКГ в 12 отведениях: ритм синусовый, гипертрофия миокарда левого желудочка

ЭХО-КГ: у больной выявлено увеличение левого предсердия

В качестве дальнейшего обследования больной в первую очередь показано

- и рекомендована к использованию большинством экспертов
- но не имеет положительного эффекта от ее проведения
- и должна рассматриваться в качестве обязательной диагностической тактики
- но эффективность подтверждена мнением отдельных экспертов, в отдельных клинических случаях

Результаты обследования

На основании полученных данных, пациентке можно поставить диагноз

- и рекомендована к использованию большинством экспертов
- но не имеет положительного эффекта от ее проведения
- и должна рассматриваться в качестве обязательной диагностической тактики
- но эффективность подтверждена мнением отдельных экспертов, в отдельных клинических случаях

Диагноз

Патогенетическим вариантом транзиторной ишемической атаки является

- гемодинамический
- лакунарный

- атеротромботический
- кардиоэмболический

В качестве вторичной профилактики ишемического инсульта данной больной показано назначение

- антикоагулянтов
- ноотропов
- антиоксидантов
- антиагрегантов

В качестве антитромботического препарата показано назначение

- эноксапарина
- варфарина
- ацетилсалициловой кислоты
- клопидогрела

Для мониторинга эффективности варфарина используется показатель

- анти Ха-активности плазмы
- тромбинового времени
- активированного частичного тромбопластинового времени
- международного нормализованного отношения

При терапии варфарином целевой уровень МНО у данной больной должен быть

- 4,0-5,0
- 3,0-4,0
- 2,0-3,0
- 1,0-2,0

Если пациент отказывается от приема варфарина в связи со сложностями мониторинга уровня МНО, тогда с целью вторичной профилактики можно рекомендовать назначение

- дабигатрана
- пентоксифиллина
- клопидогрела
- ацетилсалициловой кислоты

С целью профилактики ишемического инсульта пациентам старше 80 лет дабигатран рекомендуется в суточной дозе + _____ + мг

- 300
- 110
- 150
- 220

Если пациенты с фибрилляцией предсердий отказываются принимать антикоагулянты, в качестве вторичной профилактики ишемического инсульта им следует рекомендовать прием

- 300
- 110
- 150
- 220

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет госпитализирован бригадой СМП в состоянии средней степени тяжести.

Жалобы

На интенсивную диффузную головную боль, локализирующуюся по центру головы, стреляющего характера, непроизвольные подергивания в левой ноге, продолжающиеся в течение 2-3 мин.

Анамнез заболевания

Заболел остро, 2 дня назад, находясь за рулем автомобиля. Резко заболела голова, боль носила распирающий характер и локализовалась в центре головы. На машине доехал до поликлиники, был осмотрен неврологом, назначены обезболивающие препараты. Несмотря на лечение, болевой синдром уменьшался на непродолжительное время, а сегодня утром в левой ноге появились непроизвольные подергивания, которые длились в течение 2 мин. Подобный эпизод повторился дважды, в связи с чем, больной вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Работает, до настоящего заболевания считал себя здоровым человеком.

Объективный статус

При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Высыпаний нет. Нормостенический тип телосложения, умеренного питания. Лимфатические узлы не увеличены. Рост 182 см. Вес 92 кг. Температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 75 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, проводится с 2-х сторон, ЧДД 18 в мин. Живот мягкий безболезненный. Перистальтика сохранена. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Мочевой пузырь не пальпируется.

Неврологический статус: сознание ясное. Речь правильная, инструкции выполняет, ориентирован в пространстве, времени и личности. Менингеальных симптомов нет. Черепно-мозговые нервы:

1 – Обоняние не нарушено. +

2 – зрение сохранено. Поля зрения ориентировочным методом не изменены. +

3, 4, 6 – Глазные щели D=S, зрачки равны, реакция на свет сохранена с двух сторон. + Подвижность глазных яблок в полном объеме. Косоглазия нет. +

5 – Корнеальный рефлекс D=S, точки выхода тройничного нерва безболезненны с двух сторон. +

7 - Мимика симметричная. +

8 - Слух сохранен, нистагма нет. +

9, 10 - Глотание не нарушено. Небный и глоточный рефлексы сохранены. +

11 – Положение головы не нарушено. +

12 - Язык по средней линии. Парезов нет. +

Сухожильные рефлексы D=S, живые, зоны не расширены. Симптом Бабинского слева. Брюшные рефлексы живые с двух сторон. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно двух сторон.

Периодически возникающие непроизвольные движения в левой ноге без потери сознания являются

+ _____ + парциальными + _____ + приступами

- сложными ; вегетативными
- простыми ; сенсорными
- простыми ; вегетативными
- простыми ; моторными

У пациента выявлены гипертензионный и + _____ + неврологические синдромы

- очаговый
- множественный очаговый
- интоксикационный
- менингеальный

Пациенту необходимо выполнить

- очаговый
- множественный очаговый
- интоксикационный
- менингеальный

Результаты обследования

Предварительным диагнозом является

- очаговый
- множественный очаговый
- интоксикационный
- менингеальный

Диагноз

Развитие парциальных моторных эпилептических приступов связано с поражением + _____ + доли головного мозга

- височной
- теменной
- затылочной
- лобной

Пациенту показано назначение

- гепарина
- цитиколина
- нимодипина
- ипидакрина

Пациенты с церебральным венозным тромбозом должны быть госпитализированы в отделение

- нарушений мозгового кровообращения
- сосудистой хирургии
- общей реанимации и интенсивной терапии
- кардиологии и кардиохирургии

У пациента, несмотря на проводимую терапию, появились нарушения зрения в виде помутнения поля зрения справа. При осмотре окулистом выявлен застойный диск правого зрительного нерва. Учитывая нарастание зрительных нарушений, пациенту показано назначение

- глицерола
- ацетазоламида
- дексаметазона
- маннитола

Пациенту показано дополнительное обследование: анализ антител к кардиолипинам, к β -2гликопротеину-1 и анализ на наличие

- глицерола
- ацетазоламида
- дексаметазона
- маннитола

Результаты обследования

В качестве вторичной профилактики данному больному показано назначение

- дабигатрана
- ацетилсалициловой кислоты
- клопидогрела
- варфарина

Пациент, перенесший церебральный венозный тромбоз и имеющий тромбофилию высокого риска, антикоагулянтную терапию должен принимать

- 3 месяца
- 12 месяцев
- постоянно
- 6 месяцев

Целевые показатели международного нормализованного отношения у пациентов, перенесших церебральный венозный тромбоз и принимающих варфарин, составляют

- 3 месяца
- 12 месяцев
- постоянно
- 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 22 лет доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии.

Жалобы

На интенсивную головную боль, светобоязнь, тошноту, повторную рвоту, повышение температуры тела до 39°C , боли в мышцах и суставах.

Анамнез заболевания

Заболел остро, появилась интенсивная головная боль, озноб, повышение температуры тела до 39°C . К концу дня появилась повторная рвота, не находил места от интенсивной головной боли, просил выключить свет в комнате, который его раздражал. В машине скорой помощи развился генерализованный эпилептический припадок.

За два дня до появления этих симптомов у пациента начался ринит.

Анамнез жизни

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

Объективный статус

При поступлении: состояние пациента тяжелое. Глаза закрыты, стонет. При ярком свете зажмуривается, пытается закрыться. Кожные покровы бледные, сухие, горячие на ощупь. Звездчатая сыпь на стопах, голенях и кистях пациента. Температура тела $39,5^{\circ}\text{C}$, АД 90/60 мм рт.ст., пульс 115 уд в мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание шумное, ритмичное. ЧДД 24 в мин.

Неврологический статус: уровень сознания – оглушение, на вопросы отвечает после длительного латентного

периода, стонет. Выраженная ригидность шейных мышц, положительные симптомы Бехтерева, Мондонеци, Брудзинского, Кернига с двух сторон. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Подвижность глазных яблок ограничена в крайних отведениях. Лицо симметричное. Слух сохранен, нистагма нет. Глотание и фонация не нарушены. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык по средней линии. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметричные, оживленные. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы оценить невозможно из-за тяжести состояния больного.

Имеющаяся у пациента симптоматика в виде выраженной ригидности шейных мышц, положительных симптомов Бехтерева, Мондонеци, Брудзинского, Кернига с двух сторон является проявлением

+ _____ + синдрома

- миастенического
- очагового
- мозжечкового
- менингеального

Для постановки диагноза необходимо провести

- миастенического
- очагового
- мозжечкового
- менингеального

Результаты обследования

Для исключения поражения вещества головного мозга необходимо провести

- миастенического
- очагового
- мозжечкового
- менингеального

Результаты обследования

Учитывая данные клинической картины, дополнительных методов исследования можно предположить, что у больного

- миастенического
- очагового
- мозжечкового
- менингеального

Диагноз

Состояние пациента резко ухудшилось. Появились периодические судороги в правых руке и ноге. Уровень сознания – сопор. При осмотре выявлена правосторонняя пирамидная симптоматика в виде повышения сухожильных рефлексов справа, слабости в правых конечностях, центрального прозо- и глоссопареза справа. Ухудшение состояния больного связано с развитием

- субдуральной гематомы
- острого нарушения мозгового кровообращения
- тромбоза сагиттального синуса
- менингоэнцефалита

Дальнейшее лечение пациента должно проводиться в + _____ + стационаре

- инфекционном
- общесоматическом
- дерматологическом
- неврологическом

Пациенту показано назначение

- цефотаксима
- рифампицина
- иммуноглобулина
- менингококковой вакцины

Синдром Уотерхауса-Фридериксена, осложняющий течение менингококкового менингита, заключается в развитии острой + _____ + недостаточности

- печеночной
- сердечной
- дыхательной
- надпочечниковой

Продолжительность антибактериальной терапии при менингококковом неосложненном менингите после нормализации температуры тела составляет + _____ + дней

- 28-30
- 5-7
- 14
- 20

Критерием отмены антибактериальных препаратов при гнойном бактериальном менингите является нормализация

- анализа ликвора
- температуры тела
- неврологического статуса
- общего анализа крови

Неблагоприятным прогностическим признаком при тяжелом течении менингококкового менингита является

- температура тела выше 38°C
- выраженный плеоцитоз и низкое содержание белка
- высокое содержание эозинофилов в крови
- отсутствие выраженного плеоцитоза и высокое содержание белка

Для экстренной профилактики менингококковой инфекции используют

- температура тела выше 38°C
- выраженный плеоцитоз и низкое содержание белка
- высокое содержание эозинофилов в крови
- отсутствие выраженного плеоцитоза и высокое содержание белка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 41 года доставлен в клинику машиной скорой помощи с улицы после приступа с потерей сознания и судорогами в конечностях.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Два года назад был прооперирован по поводу посттравматической субдуральной гематомы справа. Через год появились приступы, начинающиеся со слуховых ощущений в виде машинного шума и свиста, неопределённого изменения настроения, продолжительностью до 1 минуты, затем теряет сознание, отмечаются тонико-клонические судороги в конечностях, после приступа отмечается оглушение около 1,5 часов. Частота приступов 2-3 в месяц. К врачам не обращался, противосудорожные препараты не принимал. В день госпитализации на улице развились 2 описанных выше приступа с интервалом в 30 минут, прохожие вызвали скорую помощь и пациент был госпитализирован.

Анамнез жизни

* Повторные легкие черепно-мозговые травмы 10, 5 и 2 года назад.

* Употребляет крепкие алкогольные напитки 1-2 раза в неделю до 500 мл.

* Курит до 2 пачек сигарет в день.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожные покровы гиперемированы, влажные. В легких дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 уд/мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

В неврологическом статусе: снижение памяти и интеллекта, двигательная расторможенность, суетливость, снижение критики к своему состоянию. Зрачки равны. Фотореакции вялые. Тремор век. Движения глаз в полном объёме. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм при крайнем отведении глазных яблок. Корнеальные рефлексы симметричны. Тремор пальцев вытянутых рук. Парезов в конечностях нет, мышечный тонус не изменен, сухожильные рефлексы торпидны, без разницы сторон, отсутствует подошвенный рефлекс слева, патологических рефлексов нет. Снижение болевой чувствительности по типу перчаток и носков. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В пробе Ромберга неустойчив.

Приступы, развивающиеся у больного, следует расценить как

- панические атаки
- эпилептические
- гипервентиляционные
- обмороки

Феномены, предшествующие развитию припадка у больного, определяются как

- слуховая агнозия
- эпилептическая аура
- слуховая галлюцинация
- онейроидное состояние

Симптомокомплекс ауры свидетельствует о локализации эпилептического очага в + _____ + доле головного мозга

- теменной
- височной
- затылочной
- лобной

Выявленное у пациента снижение болевой чувствительности по типу перчаток и носков следует трактовать как проявление

- полинейропатии
- миелопатии
- туннельных невропатий
- ангиопатии

Необходимыми для постановки диагноза методами исследования являются

- полинейропатии
- миелопатии
- туннельных невропатий
- ангиопатии

Результаты обследования

Предполагаемый основной диагноз

- полинейропатии
- миелопатии
- туннельных невропатий
- ангиопатии

Диагноз

Сопутствующим заболеванием у пациента является + _____ + полинейропатия

- алкогольная
- уремическая
- диабетическая
- свинцовая

Лечебная тактика при основном заболевании заключается в

- курсовом приеме антиконвульсантов
- приеме трициклических антидепрессантов
- курсах вазоактивной терапии
- систематическом приеме антиконвульсантов

Препаратом выбора при данном виде эпилепсии является

- галоперидол
- карбамазепин
- клоназепам
- фенobarбитал

Для лечения сопутствующей алкогольной полинейропатии следует рекомендовать препараты

- группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
- группы трициклических антидепрессантов
- тиоктовой кислоты
- НПВС

К генерализованным эпилептическим приступам относятся

- фокальные сенсорные
- фокальные моторные
- вегетативно-висцеральные

- абсансы

**Судорожный приступ начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага в + _____ +
справа**

- фокальные сенсорные
- фокальные моторные
- вегетативно-висцеральные
- абсансы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 52 лет. Вызвал скорую помощь в связи с возникновением резких головных болей в течение нескольких часов. Доставлен в стационар.

Жалобы

Выраженные головные боли в течение суток.

Анамнез заболевания

В анамнезе гипертоническая болезнь. Обычные цифры артериального давления 152/80 мм рт.ст.

Анамнез жизни

Злоупотребляет алкоголем, курит. Живет один. Аллергологический анамнез без особенностей.

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. ЧДД 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 в мин. PO₂ 98%;
- * гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд/мин, АД 170/70 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. Менингеальные симптомы в виде ригидности затылочных мышц. ЧМН: без особенностей. Сухожильные рефлексы на руках и ногах живые. Мышечная сила в ногах в дистальных отделах достаточная. Чувствительных, координаторных, тазовых нарушений нет.

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- фокальные сенсорные
- фокальные моторные
- вегетативно-висцеральные
- абсансы

Результаты инструментального метода обследования

При проведении МРТ, КТ головного мозга необходимо выполнение + _____ + импульсных последовательностей

- фокальные сенсорные
- фокальные моторные
- вегетативно-висцеральные
- абсансы

Результаты обследования

Предположительным диагнозом является

- фокальные сенсорные
- фокальные моторные
- вегетативно-висцеральные
- абсансы

Диагноз

Люмбальную пункцию необходимо выполнить пациенту

- только в условиях реанимационного отделения
- в машине скорой помощи
- сразу при поступлении в стационар
- после метода нейровизуализации

Для диагностики сопутствующего ангиоспазма необходимо выполнить

- транскраниальную доплерографию
- дуплексное сканирование сосудов шеи
- рентгенографию шейного отдела позвоночника
- рентгенографию черепа

Для профилактики ангиоспазма назначают

- антиконвульсанты
- блокаторы медленных кальциевых каналов
- спазмолитики
- гипотермию

Лечение осложнений субарахноидального кровоизлияния в виде сегментарного симптоматического ангиоспазма и ишемии проводят с использованием

- антиконвульсантов
- баллонной ангиопластики
- эуфиллина
- гипотермии

Для выявления причины субарахноидального кровоизлияния необходимо назначение

- дуплексного сканирования сосудов шеи
- КТ ангиографии
- компьютерной томографии головного мозга
- дуплексного сканирования сосудов головного мозга

Первичную госпитализацию пациентов с клиникой субарахноидального кровоизлияния осуществляют в

- неврологические отделения центральных районных больниц
- реабилитационные отделения
- первичные сосудистые центры
- неврологические отделени многопрофильных стационаров

При недоступности КТ (МРТ) надо выполнить

- люмбальную пункцию
- биохимический анализ крови
- клинический анализ крови
- исследование гематокрита

Для выявления аневризм сосудов головного мозга надо выполнить

- рентгенографию черепа
- КТ ангиографию
- компьютерную рентгеновскую томографию
- дуплексное сканирование сосудов шеи

При выявлении церебральных аневризм выполняется

- рентгенографию черепа
- КТ ангиографию
- компьютерную рентгеновскую томографию
- дуплексное сканирование сосудов шеи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д. 34 лет, поступил в клинику в связи с внезапно развившимися головной болью по типу «удара в затылок», повторной рвоты, эпизода утраты сознания с генерализованными тонико-клоническими судорогами в конечностях.

Жалобы

Жалобы на сильнейшую головную боль, тошноту и рвоту, приступ с потерей сознания.

Анамнез заболевания

Заболел 2 часа назад, когда на фоне психо-эмоционального напряжения резко возникла головная боль по типу «удара в голову», тошнота и рвота, через несколько минут потерял сознание, со слов окружающих отмечались тонико-клонические судороги в конечностях

Анамнез жизни

До настоящего заболевания был практически здоров, вел активный образ жизни, занимался спортом. Периодически отмечал интенсивные пульсирующие боли в правой половине головы, которые купировал отдыхом или приемом анальгетиков

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. АД 140/80 мм рт. ст., пульс 62 уд/минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДД 18 в минуту.

Неврологический статус: возбужден, неадекватен, держится руками за голову, симптомы Бехтерева и Мондонези с двух сторон, грубая ригидность затылочных мышц, двусторонний симптом Кернига. Зрачки равны, фотореакция сохранена, глазодвигательных нарушений нет, корнеальные рефлексы равномерные,

лицо симметрично, язык по средней линии. Парезов в конечностях нет. Сухожильные рефлексы с рук живые, D=S, коленные рефлексы угнетены. Двусторонний симптом Бабинского.

В клинической картине заболевания доминирует + _____ + синдром

- вестибулярный
- менингеальный
- мозжечковый
- вегетативный

Приступ с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами следует расценить как

- генерализованный эпилептический
- вазодепрессорный синкопе
- транзиторную ишемическую атаку
- эпилептический статус

Для постановки диагноза пациенту с остро развившимися общемозговым и менингеальным синдромами необходимо экстренно провести

- генерализованный эпилептический
- вазодепрессорный синкопе
- транзиторную ишемическую атаку
- эпилептический статус

Результаты обследования

Отсутствие патологических изменений при КТ у пациента с менингеальным синдромом является основанием для проведения

- генерализованный эпилептический
- вазодепрессорный синкопе
- транзиторную ишемическую атаку
- эпилептический статус

Результаты обследования

Полученные результаты люмбальной пункции свидетельствуют о наличии

- демиелинизирующего процесса в мозге
- крови в субарахноидальном пространстве
- воспаления в оболочках мозга
- опухолевого процесса в мозге

Предполагаемый основной диагноз

- демиелинизирующего процесса в мозге
- крови в субарахноидальном пространстве
- воспаления в оболочках мозга
- опухолевого процесса в мозге

Диагноз

Для уточнения причины заболевания пациенту следует провести

- демиелинизирующего процесса в мозге

- крови в субарахноидальном пространстве
- воспаления в оболочках мозга
- опухолевого процесса в мозге

Результаты обследования

Для решения вопроса о тактике лечения следует незамедлительно пригласить на консультацию

- кардиолога
- нейрохирурга
- терапевта
- пульмонолога

Для профилактики сосудистого спазма при аневризматическом субарахноидальном кровотечении следует назначить

- нимодипин
- маннитол
- дексаметазон
- викасол

При нарастании признаков отёка головного мозга показано применение

- верошпирона
- маннитола
- дексаметазона
- гипотиозида

Учитывая развитие в дебюте заболевания эпилептического приступа, показано назначение

- нейролептиков
- антиконвульсантов
- антидепрессантов
- антиоксидантов

К осложнениям аневризматического субарахноидального кровоизлияния относят

- нейролептиков
- антиконвульсантов
- антидепрессантов
- антиоксидантов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 62 лет доставлен в клинику машиной скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии

Жалобы

Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния

Анамнез заболевания

Заболевание развилось остро 8 часов назад, когда возникло неопределенное головокружение, тошнота, к врачам не обращался, а через несколько часов внезапно упал, потерял сознание, родственники обратились в скорую помощь и больной был доставлен в приемное отделение стационара

Анамнез жизни

Со слов родственников: периодически жаловался на головокружение, 2 года назад диагностирована ишемическая болезнь сердца, хронический бронхит, однако никакой терапии не получал

Объективный статус

Состояние тяжелое, кожные покровы бледные, дыхание шумное, храпящее с периодами апноэ до 10-15 секунд, ЧДД 20 в минуту. Ритм сердца правильный, пульс слабого наполнения, АД 100/70 мм рт. ст., ЧСС 72 уд/мин.

Неврологический статус: поверхностная кома, двусторонние симптомы Бехтерева и Мандонези. Глазные яблоки повернуты влево. При проведении окулоцефалических проб выявляется неконъюгированное отведение глаз. Сглажена правая лобная и носогубная складки. Левая стопа ротирована кнаружи, мышечный тонус и сухожильные рефлексы снижены в левых конечностях. Двусторонний симптом Бабинского. На болевые раздражения – нелокализованная двигательная реакция по типу декортикационной ригидности.

Ротированная кнаружи стопа у пациента с угнетенным сознанием расценивается как признак

- моторной полинейропатии
- мышечного спазма
- плегии в ноге
- вывиха в голеностопном суставе

Имеющиеся у пациента глазодвигательные нарушения следует трактовать как

- стволовой парез взора
- полушарный парез взора
- тотальную офтальмоплегию
- компрессию глазодвигательного нерва

Очаг поражения мозга локализуется в

- продолговатом мозге
- зрительном бугре
- ножке мозга
- варолиевом мосту

Для постановки диагноза пациенту с остро развившейся очаговой неврологической симптоматикой, свидетельствующей о поражении ствола головного мозга, необходимо экстренно провести

- продолговатом мозге
- зрительном бугре
- ножке мозга
- варолиевом мосту

Результаты обследования

Изменения, выявленные при магнитно-резонансной томографии, трактуются как очаг

- кровоизлияния
- ишемии
- опухоли
- демиелинизации

Диагноз пациента звучит как

- кровоизлияния
- ишемии

- опухоли
- демиелинизации

Диагноз

Лечение пациента следует проводить в отделении

- кардиологическом
- нейрореанимации
- общей реанимации
- неврологическом

Базисная терапия должна быть направлена на

- поддержание функций дыхания и сердечной деятельности
- коррекцию нейромедиаторных нарушений
- устранение ведущих факторов риска
- уменьшение двигательных расстройств

Проведение системной тромболитической терапии данному пациенту невозможно в связи с тем, что

- от начала инсульта прошло 8 часов
- отмечается неконъюгированное отведение глаз
- имеется ротация левой стопы кнаружи
- выявляется двухсторонний симптом Бабинского

С целью вторичной профилактики инсульта пациенту следует назначить

- антиагреганты
- гемостатики
- антиоксиданты
- ноотропы

Тяжесть неврологической симптоматики в остром периоде инсульта целесообразно оценивать в динамике с помощью шкалы

- Бартела
- NIHSS
- Глазго
- Апгар

Для поражения задней мозговой артерии характерным симптомом является

- Бартела
- NIHSS
- Глазго
- Апгар

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 41 года обратился за консультативной помощью к врачу-неврологу. Пациент пришел на консультацию с сыном

Жалобы

На произвольные движения в конечностях, невозможность долго находиться в одном положении, нарушение походки, забывчивость, сниженный фон настроения.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около двух лет, когда постепенно стали появляться произвольные движения в руках и ногах, которые сначала были малозаметны, и их удавалось маскировать обычными движениями. Со слов сына, в последние полгода, помимо усиления насильственных движений, стали беспокоить забывчивость, нарушение концентрации внимания, сниженный фон настроения, эмоциональная неустойчивость, сужение круга интересов, снижение интереса к событиям в семье.

Анамнез жизни

* Мать больного 75-ти лет страдает ишемической болезнью сердца в виде стенокардии напряжения, два года назад перенесла ишемический инсульт; отец больного погиб в возрасте 40 лет.

* Хронических заболеваний нет.

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Профессиональных вредностей не имеет.

* Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Соматическое обследование без значимых отклонений. Критика к своему состоянию снижена. При нейропсихологическом осмотре замедление когнитивных функций, снижение памяти, понимание и продукция речи сохранены, агнозии нет. По краткой шкале оценки психического статуса – 24 из 30 баллов. Наблюдаются практически постоянные неритмичные, разноамплитудные произвольные движения в мимической мускулатуре (grimасы с высыванием языка, подергиванием щек, поочередным нахмуриванием и/или приподниманием бровей), руках и ногах, из-за чего больной не может поддерживать определенную позу, спокойно сидеть на стуле, походка «танцующая». Парезов нет, тонус мышц низкий. Глубокие рефлексы оживлены.

При неврологическом осмотре выявляется + _____ + синдром

- гипокинетический
- псевдобульбарный
- гиперкинетический
- атактический

При неврологическом осмотре выявляется

- миоклонус
- хорей
- синдром паркинсонизма
- дистония

По локализации двигательные нарушения у пациента являются

- генерализованными
- частью гемисиндрома
- сегментарными
- фокальными

Помимо двигательных нарушений, при осмотре выявляется

- лобная атаксия
- афазия
- психоз
- деменция

Наиболее вероятным клиническим диагнозом является

- лобная атаксия
- афазия
- психоз
- деменция

Диагноз

У пациента + _____ + клиническая форма заболевания

- миоклоническая
- гиперкинетическая
- дистоническая
- акинетико-ригидная

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить

- миоклоническая
- гиперкинетическая
- дистоническая
- акинетико-ригидная

Результаты обследования

В качестве симптоматической терапии двигательных нарушений может рекомендоваться

- препарат леводопы
- галоперидол
- мидокалм
- клоназепам

Для коррекции аффективных нарушений пациентам с хореей Гентингтона может рекомендоваться

- клоназепам
- тригексифенидил (циклодол)
- сертралин
- пирацетам

С целью дальнейшей профилактики заболевания в семье сыну пациента необходимо провести

- исследование формы эритроцитов на акантоцитоз
- ДНК диагностику
- МРТ головного мозга
- исследование обмена меди

В случае появления у пациента ригидности, акинезии рекомендуется

- повысить дозу принимаемого нейролептика
- назначить психостимулятор
- отменить нейролептик
- назначить другой нейролептик

Нелекарственными подходами к терапии проявлений заболевания является

- повысить дозу принимаемого нейролептика

- назначить психостимулятор
- отменить нейролептик
- назначить другой нейролептик

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет пришел на консультацию к врачу-неврологу.

Жалобы

На эпизоды утраты сознания с падением, судорогами, прикусом языка, уриной, с последующей дезориентацией; на приступы замираний с возникновением «причмокивания» ртом, которые впоследствии амнезирует.

Анамнез заболевания

В возрасте 7 лет перенес ЧМТ средней степени тяжести. Далее развивался соответственно возрасту. Впервые приступ с утратой сознания 3 года назад: из сна развился судорожный приступ, сопровождавшийся прикусом языка, пеной изо рта, длительностью не более 2-х минут. Постприступно – длительная дезориентация. Второй аналогичный приступ спустя 3 месяца, днем из бодрствования, длительность 2 минуты. Вечером того же дня – третий приступ с аналогичным развитием: утрата сознания, начало с крика, падение, тонические и клонические судороги, уринация, постприступно – дезориентирован. Обращался за медицинской помощью, полного обследования для установки и верификации диагноза не проходил, был назначен карбамазепин дважды в день по 400 мг. На фоне указанной терапии - ремиссия 8 месяцев, после чего возобновление приступов, в течение последних полугодия - нарастание частоты до 1 раза в 1-2 месяца.

Анамнез жизни

- * Семейный анамнез по неврологической патологии не отягощен;
- * фебрильные судороги в детстве отрицает;
- * хронические заболевания отрицает;
- * курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 60 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Дизурии нет.

Неврологический статус: пациент в сознании, контактен, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Поля зрения сохранены. Глазные щели D=S, зрачки равные, фотореакции живые, равные. Движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет, диплопии нет. Чувствительность лица не нарушена, точки выхода тройничного нерва безболезненны. Лицо симметрично в покое и при мимических пробах. Дисфонии, дисфагии, дизартрии нет. Язык при выведении по средней линии. Мышечный тонус не изменен, парезов нет. Сухожильные рефлексы живые, равные. Патологических рефлексов не определяется. Нарушений в чувствительной и координаторной сферах нет. Функции тазовых органов не нарушены.

В выборе тактики обследования пациента следует отталкиваться от предполагаемого диагноза, основанного, в первую очередь, на

- возрасте пациента на момент дебюта заболевания
- показателях гемодинамики, полученных из общего осмотра пациента и анамнестических данных.
- результатах общего и биохимического анализа крови
- жалобах, анамнезе заболевания, семейном анамнезе

Верификации и уточнению предположенного диагноза у данного пациента могут послужить в первую очередь такие инструментальные исследования, как

- возрасте пациента на момент дебюта заболевания
- показателях гемодинамики, полученных из общего осмотра пациента и анамнестических данных.
- результатах общего и биохимического анализа крови
- жалобах, анамнезе заболевания, семейном анамнезе

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом является

- возрасте пациента на момент дебюта заболевания
- показателях гемодинамики, полученных из общего осмотра пациента и анамнестических данных.
- результатах общего и биохимического анализа крови
- жалобах, анамнезе заболевания, семейном анамнезе

Диагноз

К важнейшим отличиям картины приступов, указывающих на их эпилептический, а не психогенный характер, у пациента относят

- тонические судороги в конечностях
- клонические судороги в конечностях
- крик и падение в начале приступа
- стереотипность приступов

Учитывая снижение эффективности контроля над приступами на фоне приема карбамазепина в дозе 800 мг/сутки в последние полгода и отсутствие нежелательных побочных явлений, наиболее рационально

- одномоментно заменить карбамазепин на вальпроевую кислоту
- перевести пациента на политерапию карбамазепином и вальпроевой кислотой
- постепенно отменить карбамазепин, одновременно начать терапию вальпроевой кислотой с постепенным повышением дозы до терапевтических значений
- повысить дозировку карбамазепина

Оптимальной кратностью приема антиэпилептических препаратов является

- прием каждые четыре часа с перерывом не более 8 часов на время ночного сна
- прием дважды в сутки: утром сразу после пробуждения и непосредственно перед сном
- дробный прием до 6 приемов в сутки, в связи с более предсказуемым и управляемым эффектом
- минимально возможная с использованием пролонгированных форм

Пациенту до проведенного подробного инструментального (ЭЭГ, МРТ ГМ) обследования и постановки диагноза была назначен карбамазепин. В данном случае препарат показал хорошую эффективность и отсутствие нежелательных побочных эффектов, однако в случае недостаточной диагностики следует рекомендовать начинать терапию с

- ламотриджина
- леветиретама
- этосуксимида
- вальпроевой кислоты

Отменять медикаментозную противоэпилептическую терапию

- можно через 2-5 лет после полного прекращения приступов
- не рекомендуется пациентам, не достигшим возраста 25 лет
- не рекомендуется за исключением жизнеугрожающих осложнений
- можно через год после полного прекращения приступов любого характера

В случае отсутствия приступов и стабилизации состояния на фоне приема назначенного оригинального АЭП сокращения нежелательны, использование воспроизведенных препаратов (дженериков)

- не рекомендовано, однако возможно с осторожностью под наблюдением лечащего врача
- возможно - воспроизведенные и оригинальные препараты могут свободно заменяться пациентом самостоятельно
- рекомендовано для профилактики фармакорезистентности
- возможно - воспроизведенные и оригинальные препараты могут свободно и неоднократно заменяться лечащим врачом

Структурная фокальная эпилепсия с гиппокампальным склерозом, при фармакорезистентном течении и определении показаний может подлежать

- госпитализации в отделение нейрореанимации с курсом инфузионной терапии в превышающих максимальные безопасные дозировках
- хирургическому лечению
- госпитализации в неврологический стационар с курсом инфузионной терапии в превышающих максимальные безопасные дозировках
- Переводу на строгую кетогенную диету

Фармакорезистентным течением эпилепсии может считаться отсутствие контроля над приступами при применении антиэпилептических препаратов первого ряда в

- максимально переносимых дозах в комбинации с препаратами с антипсихотическим действием
- монотерапии и их комбинаций в максимально переносимых дозах
- максимально переносимых дозах в комбинации с препаратами с анксиолитическим действием
- монотерапии в максимально переносимых дозах в комбинации с антидепрессантами

Наиболее часто хирургическое лечение эпилепсии у взрослых проводится при

- максимально переносимых дозах в комбинации с препаратами с антипсихотическим действием
- монотерапии и их комбинаций в максимально переносимых дозах
- максимально переносимых дозах в комбинации с препаратами с анксиолитическим действием
- монотерапии в максимально переносимых дозах в комбинации с антидепрессантами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 63 лет обратилась за консультативной помощью к врачу-неврологу.

Жалобы

На дрожание рук и головы.

Анамнез заболевания

Дрожание рук (больше правой) беспокоит в течение 8 лет, возникает преимущественно при письме, приеме пищи. Около года назад присоединилось непостоянное легкое дрожание головы. Эмоциональное напряжение, внимание со стороны окружающих усиливают дрожание рук и головы. Врач общей практики не обнаружил соматической патологии, общий и биохимический анализ крови, ЭКГ, рентген не выявили изменений. Пациентка направлена к неврологу.

Анамнез жизни

- * У мамы и двоюродной сестры отмечается дрожание рук.
- * 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. В неврологическом статусе наблюдается непостоянное мелкоамплитудное дрожание головы. В покое дрожания рук практически нет. При вытягивании рук вперед отмечается среднеамплитудный тремор (больше в правой руке), сохраняется при выполнении пальценосовой пробы. Гипокинезии, изменения мышечного тонуса по пластическому типу не обнаружено. Непостоянный феномен «зубчатого колеса» в правой руке. Почерк крупноразмашистый. Легкая атаксия при ходьбе. По краткой шкале оценки психического статуса 29 из 30 баллов.

Ведущим неврологическим синдромом является

- диспраксия ходьбы
- мозжечковая атаксия
- тремор
- синдром паркинсонизма

По характеру тремор является

- тремором покоя
- физиологическим
- постуральным
- дистоническим

Наиболее вероятным диагнозом является

- тремором покоя
- физиологическим
- постуральным
- дистоническим

Диагноз

Характерным для заболевания является

- семейный анамнез
- гипокинезия
- деменция
- ригидность

Характерным для заболевания является

- эффективность леводопы
- отсутствие паркинсонизма
- диспраксия ходьбы
- тремор покоя в руках

Одним из отличительных признаков заболевания является

- тремор в ногах
- тремор головы

- рубральный тремор
- тремор покоя

Характерным для заболевания является

- асимметричность тремора
- угасание дрожания при волнении
- временный эффект алкоголя
- усиление тремора в покое

Показанием для медикаментозного лечения является

- уменьшение дрожания после приема алкоголя
- ограничение профессиональной деятельности
- усиление дрожания при эмоциональной нагрузке
- усиление дрожания при физической нагрузке

Для уменьшения дрожания может рекомендоваться

- пропранолол
- пирацетам
- леводопа
- кветиапин

Для уменьшения дрожания может рекомендоваться

- мексидол
- дипиридамол
- клоназепам
- пирибедил (проноран)

Для уменьшения дрожания может рекомендоваться

- габапентин
- винпоцетин
- миансерин
- сертралин

Для уменьшения дрожания может рекомендоваться

- габапентин
- винпоцетин
- миансерин
- сертралин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 37 лет обратилась к врачу-неврологу

Жалобы

На слабость в кистях, в дистальных и проксимальных отделах ног, трудности при ходьбе, ощущение онемения в кистях, стопах, покалывание, а иногда интенсивные простреливающие и жгучие боли в кистях и стопах

Анамнез заболевания

Жалобы возникли примерно 6 месяцев назад, на фоне длительного злоупотребления алкоголем. Симптоматика нарастала постепенно, ходит с дополнительной опорой.

Анамнез жизни

- * С юности – артериальная гипертензия.
- * Злоупотребляет алкоголем более 15 лет.
- * Аллергологический анамнез: не отягощен.
- * Наследственный анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Соматический статус: Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски, сухие, высыпаний нет. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 72 минуту. АД 140/90 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: В ясном сознании. Менингеальных и общемозговых симптомов нет. Черепно-мозговая иннервация без патологии. Тетрапарез: в кистях – 4 балла, в ногах – в проксимальных отделах – 4 балла, в стопах – 3 балла. 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 закрытии глаз. В пробе Ромберга неустойчива. Тазовые функции не нарушены.

Ведущим клиническим проявлением у пациентки является + _____ + синдром

- вестибулярный
- гиперкинетический
- полинейропатический
- мозжечковый

Усиление нарушений координации при выключении контроля зрения носит название + _____ + атаксии

- мозжечковой
- лобной
- вестибулярной
- сенситивной

К негативным сенсорным феноменам относят

- гиперпатию
- покалывание
- боль
- онемение

Инструментальным методом обследования, наиболее информативным для постановки диагноза, является

- гиперпатию
- покалывание
- боль
- онемение

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторные изменения, типичные для хронического алкоголизма, включают

- обнаружение белка Бенс-Джонса в моче и гиперкальцемии

- положительные ревматологические пробы
- повышение печеночных трансаминаз и фракции трансферрина
- повышение уровня гликозилированного гемоглобина

Основным патогенетическим механизмом развития неврологических нарушений у пациентки является

- компрессионно-ишемическое поражение нервов
- дефицита витаминов В12 и В2
- аутоиммунное поражение миелиновой оболочки
- токсическое действие алкоголя и дефицит тиамин

На основании анамнеза, клинического и инструментального исследований у пациентки можно диагностировать

- компрессионно-ишемическое поражение нервов
- дефицита витаминов В12 и В2
- аутоиммунное поражение миелиновой оболочки
- токсическое действие алкоголя и дефицит тиамин

Диагноз

Пациентке рекомендована консультация

- фтизиатра
- кардиолога
- нарколога
- гематолога

Для лечения болевого синдрома у пациентки рекомендовано назначение

- бензодиазепинов
- антиконвульсантов
- миорелаксантов
- анальгетиков

Патогенетически обоснованное лечение данного заболевания заключается в

- использовании статинов, антиагрегантов, антикоагулянтов
- применении плазмафереза или иммуноглобулина внутривенно
- отказе от алкоголя и назначении тиамин
- назначении глюкокортикоидной терапии и цитостатиков

У пациентов с хроническим алкоголизмом часто развиваются алкогольная кардиомиопатия и нарушения ритма, при наличии подозрения на эти состояния запрещено использование

- amitriptilina
- miltgammy
- tioktatsida
- gabapentina

Для подтверждения нейропатического характера боли у пациентки следует использовать опросник

- amitriptilina
- miltgammy
- tioktatsida
- gabapentina

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 35 лет обратилась к неврологу поликлиники по поводу шума в ушах и головокружения. Была выявлена очаговая неврологическая симптоматика и изменения на глазном дне в виде отечности, нечеткости границ дисков зрительных нервов, сужения артерий, расширения и полнокровия вен

Жалобы

На шум в ушах, нарастающее головокружение, головные боли, усиливающееся при поворотах головы, шаткость при ходьбе, онемение на правой половине лица.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 6 месяцев, когда без видимой причины появился шум в ушах и снижение слуха на правое ухо. Лечилась у отоларинголога, принимала сосудорасширяющие и ноотропные препараты без эффекта. На протяжении последнего месяца появились нарастающее головокружение системного характера, неустойчивость при ходьбе, онемение правой половины лица.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Имеет отягощённый анамнез по сосудистым заболеваниям: мать страдала болезнью Меньера, отец имел резистентную к гипотензивной терапии артериальную гипертензию. В школьном периоде наблюдалась у невролога по поводу вегетативно-сосудистой дистонии. С 28 летнего возраста артериальная гипертензия, гипотензивные препараты принимает только при повышении артериального давления.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16/мин. Тоны сердца звучные, ЧСС 76 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

В неврологическом статусе: в сознании, контактна, ориентирована, общемозговых и менингеальных симптомов нет, движения глазных яблок в полном объеме, легкое сходящееся косоглазие за счёт правого глаза, крупноразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, усиливающийся при поворотах головы, снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, значительное снижение слуха на правое ухо. Движения в конечностях в полном объеме. Нарушений чувствительности не выявлено. Пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполняет с интенцией с двух сторон, хуже справа, в пробе Ромберга пошатывается как с открытыми, так и с закрытыми глазами, пошатывание усиливается при поворотах головы.

Симптоматика, выявленная при неврологическом обследовании, соответствует поражению

- продолговатого мозга
- теменной доли головного мозга
- височной доли головного мозга
- мосто-мозжечкового угла

Черепными нервами мосто-мозжечкового угла являются

- IV, V, IX
- V, VII, VIII
- IX, X, XII
- III, V, VIII

Изменения на глазном дне в виде отечности, нечеткости границ дисков зрительных нервов, сужения артерий, расширения и полнокровия вен, выявленные на амбулаторном приеме, следует расценить как признак

- открытоугольной глаукомы
- демиелинизирующего процесса
- начинающейся катаракты
- внутричерепной гипертензии

Методом исследования, необходимым для постановки диагноза в данном случае, является

- открытоугольной глаукомы
- демиелинизирующего процесса
- начинающейся катаракты
- внутричерепной гипертензии

Результаты исследования

Предполагаемым диагнозом является

- открытоугольной глаукомы
- демиелинизирующего процесса
- начинающейся катаракты
- внутричерепной гипертензии

Диагноз

С учетом состояния и диагноза пациентка должна быть госпитализирована в отделение

- оториноларингологии
- лучевой терапии
- нейрохирургии
- общей хирургии

С учетом нарастающей симптоматики, наличия признаков гипертензионного синдрома пациентке необходимо провести терапию

- дегидратационную
- антибактериальную
- вазоактивную
- регидратационную

Препаратами выбора для дегидратационной терапии являются

- осмотические диуретики
- кортикостероиды
- петлевые диуретики
- тиазидные диуретики

После стабилизации состояния пациентке в плановом порядке показано проведение

- лучевой терапии
- химиотерапии
- ноотропной терапии
- хирургического лечения

При опухоли головного мозга симптомы на удалении возникают наиболее часто за счет

- повышения внутричерепного давления
- присоединения инфекции к опухоли

- нарушения кровоснабжения опухоли
- метастазирования опухоли

Одной из самых частых опухолей желудочков мозга является

- менингиома
- краниофарингиома
- глиома
- эпендимомма

Позднее развитие застойных дисков зрительных нервов при опухоли мозга у пожилых пациентов объясняется

- менингиома
- краниофарингиома
- глиома
- эпендимомма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 62 лет доставлена в стационар в связи с внезапным развитием интенсивной, головной боли и рвоты.

Жалобы

На интенсивную, диффузную головную боль, тошноту и рвоту.

Анамнез заболевания

Заболела остро примерно 2 часа назад, когда внезапно после кратковременной потери сознания без судорог, урикации и прикуса языка, возникла интенсивная, диффузная головная боль, тошнота и повторная рвота. Вызванной машиной скорой помощи была доставлена в клинику.

Анамнез жизни

* В течение многих лет артериальная гипертензия, регулярно принимает эналаприл.

* В течение года постоянная форма фибрилляции предсердий, по поводу чего постоянно принимает варфарин, МНО контролирует эпизодически, в день развития заболевания проводилось исследование МНО, результат – 4,5.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое, держится руками за голову, кожные покровы лица гиперемированы, дыхание самостоятельное, ЧДД 18 в мин., АД— 140/90мм рт. ст., пульс аритмичный, 64-76 в мин.

Неврологический статус: пациентка в сознании, ориентирована в месте, времени и собственной личности.

Отмечаются ригидность мышц шеи, симптом Кернига с двух сторон, средний и нижний симптомы Брудзинского. Зрачки равны, фотореакция сохранена, глазодвигательных нарушений нет, корнеальные рефлексы симметричны, лицо симметрично, язык по средней линии. Парезов в конечностях нет, сухожильные рефлексы с рук живые, D=S, коленные рефлексы угнетены.

В клинической картине заболевания доминируют синдромы

- менингеальный и очаговый
- общемозговой и вегетативный
- общемозговой и менингеальный
- очаговый и вегетативный

Остро развившиеся общемозговой и менингеальный синдромы могут свидетельствовать о

- субарахноидальном кровоизлиянии
- симптоматической эпилепсии
- ишемическом инсульте
- панической атаке

Для постановки диагноза пациенту с остро развившимися общемозговым и менингеальным синдромами необходимо экстренно провести

- субарахноидальном кровоизлиянии
- симптоматической эпилепсии
- ишемическом инсульте
- панической атаке

Результаты обследования

Изменения, выявленные при КТ головы свидетельствуют о/об

- отсутствии патологических изменений
- отёке головного мозга
- внутричерепной гипертензии
- атрофических изменениях в мозге

Отсутствие патологических изменений на КТ у пациентки с общемозговым и менингеальным синдромами в клинической картине является основанием для

- проведения дообследования
- динамического наблюдения
- направления в поликлинику
- выписки пациентки

Для уточнения диагноза больной следует провести

- проведения дообследования
- динамического наблюдения
- направления в поликлинику
- выписки пациентки

Результаты обследования

Полученные результаты люмбальной пункции следует трактовать как наличие в субарахноидальном пространстве

- геморрагического компонента
- опухолевого процесса
- гнойного воспаления
- серозного воспаления

Основным диагнозом с учетом данных дополнительных методов исследования является

- геморрагического компонента
- опухолевого процесса
- гнойного воспаления
- серозного воспаления

Диагноз

Наиболее вероятной причиной субарахноидального кровоизлияния является

- аневризма церебрального сосуда
- амилоидная ангиопатия
- артерио-венозная мальформация
- осложнение от приема варфарина

Лечение пациентки следует проводить в отделении

- общей реанимации
- кардиологии
- кардиохирургии
- нейрореанимации

Пациентке незамедлительно следует начать + _____ + терапию

- вазоактивную
- базисную
- антибактериальную
- антитромбоцитарную

Для профилактики церебрального вазоспазма и ишемии головного мозга следует назначить

- вазоактивную
- базисную
- антибактериальную
- антитромбоцитарную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 56 лет госпитализирован в стационар в связи с внезапно развившимися головной болью, эпизода утраты сознания.

Жалобы

На интенсивную диффузную головную боль («в голове растекается очень горячая жидкость»), тошноту, рвоту.

Анамнез заболевания

Заболел остро около 8 часов назад, когда на работе внезапно развились кратковременная потеря сознания без судорог, непроизвольное мочеиспускание, прикус языка; придя в сознание, отметил интенсивную диффузную головную боль («в голове растекается очень горячая жидкость»), тошноту, рвоту. Принял анальгетики, однако головная боль не регрессировала, обратился к врачу медсанчасти на работе, которая зарегистрировала повышение АД до 200/110 мм рт. ст., была внутривенно введена сернокислая магнезия, но состояние не улучшилось и вызванной машиной скорой помощи доставлен в стационар.

Анамнез жизни

В течение 10 лет отмечает повышение артериального давления до 200/120 мм рт. ст., гипотензивные препараты не принимает. Курит по 1 пачке сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое, кожные покровы лица гиперемированы, гипергидроз. Дыхание самостоятельное. ЧДД 22 в мин. Ритм сердца правильный. АД— 190/100 мм рт. ст. В неврологическом статусе: вял, заторможен, ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний симптом Брудзинского, светобоязнь. Зрачки симметричны, реакция на свет сохранена. Глазодвигательных нарушений нет. Лицо симметричное.

Язык по средней линии. Глотание, фонация не нарушены. Парезов в конечностях нет. Сухожильные рефлексы симметричные. Коленные рефлексы угнетены. Нарушений чувствительности нет.

В клинической картине заболевания доминируют синдромы

- общемозговой и вегетативный
- очаговый и вегетативный
- менингеальный и очаговый
- общемозговой и менингеальный

Остро развившиеся общемозговой и менингеальный синдромы на фоне повышения АД, характерны для

- субарахноидального кровоизлияния
- гипертонического криза
- ишемического инсульта
- транзиторной ишемической атаки

Для постановки диагноза пациенту с остро развившимися общемозговым и менингеальным синдромами необходимо экстренно провести

- субарахноидального кровоизлияния
- гипертонического криза
- ишемического инсульта
- транзиторной ишемической атаки

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом является

- субарахноидального кровоизлияния
- гипертонического криза
- ишемического инсульта
- транзиторной ишемической атаки

Диагноз

Для уточнения причины заболевания пациенту следует провести

- субарахноидального кровоизлияния
- гипертонического криза
- ишемического инсульта
- транзиторной ишемической атаки

Результаты обследования

Наиболее вероятной причиной развития субарахноидального кровоизлияния у пациента является

- артериальная гипертензия
- амилоидная ангиопатия
- наследственная коагулопатия
- церебральный васкулит

Лечение пациента следует проводить в отделении

- нейрореанимации
- инфекционном

- кардиологическом
- общей реанимации

При лечении субарахноидального кровоизлияния рекомендуемый уровень систолического давления составляет + _____ + мм рт. ст.

- 120-150
- 100-110
- 180-200
- 160-170

В терапии отека мозга следует применять

- ацетазоламид
- маннитол
- гидрохлортиазид
- спиронолактон

Для профилактики вазоспазма при субарахноидальном кровоизлиянии следует применять

- винпоцетин
- нимодипин
- пентоксифиллин
- эуфиллин

В случае сомнительных результатов КТ для уточнения диагноза показано проведение

- эхоэнцефалоскопии
- транскраниальной магнитной стимуляции
- люмбальной пункции
- панангиографии

Для оценки выраженности ангиоспазма используют

- эхоэнцефалоскопии
- транскраниальной магнитной стимуляции
- люмбальной пункции
- панангиографии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ж. 40 лет, госпитализирована в связи с нарастающей головной болью, снижением зрения

Жалобы

На преимущественно ночную и утреннюю головную боль распирающего характера, с чувством давления на глазные яблоки, усиливающуюся при наклоне, кашле, чиханье, движении глаз.

Анамнез заболевания

Головная боль появилась и нарастает по интенсивности на протяжении 6 месяцев. На фоне головной боли периодически стала появляться тошнота. Отмечает также заложенность и шум в ушах, эпизоды затуманивания, нечёткости зрения

Анамнез жизни

Пациентка курит более 10 лет, принимает оральные контрацептивы. Было 3 беременности (1 роды, 2 аборта). Аллергоанамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Вес 75 кг, рост 1,67 м (индекс массы тела 28). АД 130/80 мм рт.ст. Пульс 72 в мин, ритмичный. В неврологическом статусе выявлено только ограничение движения глазных яблок кнаружи, больше левого.

Максимальная выраженность головной боли ночью и утром, усиление при наклоне, кашле, чиханье свидетельствуют о

- воспалительном процессе в придаточных пазухах носа
- повышении внутричерепного давления
- дегенеративных изменениях в шейном отделе позвоночника
- наличии головной боли напряжения

Учитывая характер головной боли, пациентке показано проведение

- воспалительном процессе в придаточных пазухах носа
- повышении внутричерепного давления
- дегенеративных изменениях в шейном отделе позвоночника
- наличии головной боли напряжения

Результаты обследования

Для уточнения диагноза дополнительно следует провести

- воспалительном процессе в придаточных пазухах носа
- повышении внутричерепного давления
- дегенеративных изменениях в шейном отделе позвоночника
- наличии головной боли напряжения

Результаты обследования

На основании проведённого обследования можно диагностировать

- воспалительном процессе в придаточных пазухах носа
- повышении внутричерепного давления
- дегенеративных изменениях в шейном отделе позвоночника
- наличии головной боли напряжения

Диагноз

Асимметричный отёк дисков зрительных нервов следует дифференцировать с синдромом

- Вебера
- Гертвига-Мажанди
- Парино
- Фостера Кеннеди

Внутричерепная гипертензия с картиной, напоминающей заболевание пациентки, может возникать при

- тромбозе мозговых вен
- ишемическом инсульте
- субарахноидальном кровоизлиянии

- внутримозговом кровоизлиянии

Основным направлением лечения доброкачественной внутричерепной гипертензии является

- снижение внутричерепного давления
- улучшение мозгового кровообращения
- устранение депрессивных нарушений
- купирование тревожных расстройств

При доброкачественной внутричерепной гипертензии с целью снижения внутричерепного давления назначают

- гидрохлортиазид
- ацетазоламид
- маннитол
- спиронолактон

При доброкачественной внутричерепной гипертензии показанием к хирургическому лечению являются

- нарастающее снижение зрения
- снижение слуха
- нарушение сна
- появление шума в голове

Важнейшим условием успешного лечения пациентки является

- снижение веса
- нормализация режима дня
- отказ от курения
- соблюдение бессолевой диеты

При доброкачественной внутричерепной гипертензии наиболее часто поражаются следующие черепные нервы

- V и VIII
- II и VI
- III и IV
- VII и XII

Пациент с доброкачественной внутричерепной гипертензией должен наблюдаться у

- V и VIII
- II и VI
- III и IV
- VII и XII

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Б. 30 лет госпитализирована бригадой скорой помощи с направительным диагнозом инсульт, неуточненный как инфаркт мозга или кровоизлияние.

Жалобы

На интенсивную головную боль, нарастающую в горизонтальном положении и несколько уменьшающуюся в вертикальном положении, нарушение речи, слабость в правой руке, непостоянное двоение.

Анамнез заболевания

На 26-й день после родов у пациентки появилась сильная, не купирующаяся анальгетиками головная боль. Через три дня присоединилось нарушение речи и концентрации внимания, позже возникло двоение. Пациентка госпитализирована на 5-й день заболевания.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: гепатит В, гайморит. Головная боль ранее возникала крайне редко.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сонлива, заторможена, простые команды выполняет, но после повторной стимуляции и длительной паузы. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 76 ударов в минуту, ритм правильный. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 18 в минуту. Неврологический статус: менингеальные симптомы не вызываются. Непостоянное расходящееся косоглазие слева, нарастающее при взгляде вверх, парез взора вверх, полуптоз слева, зрачки равномерные, лицо симметрично, язык по средней линии. Пронационный феномен в правой кисти. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы слегка выше справа. Положительный симптом Бабинского справа. Пальце-носовую пробу справа выполняет неточно. Расстройств чувствительности не выявлено.

Для уточнения причины острого развития интенсивной головной боли и последующего присоединения очаговой неврологической симптоматики необходимо проведение

- V и VIII
- II и VI
- III и IV
- VII и XII

Результаты

Несмотря на проводимую терапию, состояние пациентки оставалось тяжелым. При повторном анализе результатов компьютерной томографии, было отмечено наличие повышенной плотности в области стока венозных синусов, а также по верхнему и нижнему краям серповидного отростка. Следует провести

- V и VIII
- II и VI
- III и IV
- VII и XII

Результаты

Развитие и нарастание интенсивной головной боли и очаговой неврологической симптоматики на четвертой неделе после родов, а также результаты МРТ-венографии позволяют дополнительно к кровоизлиянию диагностировать

- V и VIII
- II и VI
- III и IV
- VII и XII

Диагноз

Выявленные при нейровизуализации изменения, с большой долей вероятности соответствуют

- диапедезному пропитываю ткани мозга
- венозному тромбозу
- гематоме с отеком и масс-эффектом
- кровоизлиянию и ишемии

Развитие очаговой симптоматики при тромбозе церебральной венозной системы указывает на обязательное вовлечение

- верхнего сагиттального синуса
- вен мозга
- прямого синуса
- поперечного синуса

Проводимая пациентке базисная терапия, рекомендуемая при геморрагическом инсульте, не привела к улучшению состояния. Если принять, что геморрагический процесс развился на фоне церебрального венозного тромбоза, то следует назначить + _____ + терапию

- антибактериальную
- селективную тромболитическую
- антитромботическую
- системную тромболитическую

При церебральных венозных тромбозах наиболее высокую степень доказательности эффективности имеют

- антиагреганты
- антикоагулянты
- осмодиуретики
- тромболитики

В остром периоде церебральных венозных тромбозов применяют + _____ + в стартовой дозе

- варфарин 2,5 мг
- дабигатран 150 мг
- эноксапарин 1,5 мг/кг
- ривароксабан 20 мг

Пациентке в остром периоде заболевания рекомендуется

- ривароксабан
- дабигатран
- варфарин
- эноксапарин

Лабораторным критерием эффективности лечения гепаринами является

- увеличение МНО до 4,0-5,0
- повышение АЧТВ в 2 раза
- увеличение МНО до 2,0-3,0
- сокращение АЧТВ в 2 раза

На фоне проводимой терапии состояние больной и данные нейровизуализации улучшились. Пациентке показано дальнейшее длительное лечение

- агреноксом

- клопидогрелем
- ацетилсалициловой кислотой
- варфарином

Женщинам, перенесшим церебральный венозный тромбоз во время беременности и в послеродовом периоде, показано + _____ + обследование

- агреноксом
- клопидогрелем
- ацетилсалициловой кислотой
- варфарином

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 23 лет обратилась по поводу болей в руках, ожогов на руке.

Жалобы

На ноющие боли в области надплечий, локтевых суставов, частое получение ожогов, ссадин на руках, которые не чувствует.

Анамнез заболевания

С подросткового возраста часто получает ожоги и ссадин на руках, боли при этом не испытывает. Последние 1,5 года беспокоят боли в области надплечий, локтевых суставов, усиливающиеся на холоде.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Аллергоанамнез не отягощен. Контакт с инфекционными больными и токсическими веществами не было. Сколиоз позвоночника. В детстве оперирована по поводу «заячьей губы».

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Обращает внимание обилие рубцов на руках, ломкость, сухость ногтей. Выраженный сколиоз грудного отдела позвоночника. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ЧСС 72 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

В неврологическом статусе: в сознании, контактна, ориентирована. Менингеальных и общемозговых симптомов нет. Синдром Горнера слева. Движения глазных яблок в полном объеме, лицо симметричное, язык по средней линии, глотание, фонация не нарушены. Парезов в конечностях и координаторных нарушений нет. Снижение болевой и температурной чувствительности с обеих сторон на руках и верхней половине туловища от ключиц до сосковой линии в виде «куртки». Глубокая чувствительность не нарушена. Тазовые функции сохранены.

Очаговая симптоматика, выявленная у пациентки при неврологическом обследовании, указывает на локализацию поражения в

- поясничном отделе спинного мозга
- внутренней капсуле с двух сторон
- шейно-грудном отделе спинного мозга
- стволе головного мозга

Нарушения чувствительности, выявленные у больной, являются

- сегментарно-диссоциированными
- спинально-проводниковыми
- корешково-сегментарными
- церебрально-проводниковыми

Методом исследования, необходимым для постановки диагноза в данном случае, является

- сегментарно-диссоциированными
- спинально-проводниковыми
- корешково-сегментарными
- церебрально-проводниковыми

Результаты

Предполагаемый основной диагноз

- сегментарно-диссоциированными
- спинально-проводниковыми
- корешково-сегментарными
- церебрально-проводниковыми

Диагноз

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- интрамедуллярной опухолью
- боковым амиотрофическим склерозом
- экстрамедуллярной опухолью
- рассеянным склерозом

С учетом состояния и диагноза, пациентка должна быть направлена на консультацию к

- нейрохирургу
- химиотерапевту
- травматологу-ортопеду
- клиническому генетику

Основным методом терапии данного заболевания является

- вазоактивная терапия
- химиотерапия
- физиотерапевтическое лечение
- оперативное лечение

Препаратами первого выбора для лечения болевого синдрома при данном заболевании являются

- антиконвульсанты
- опиоидные анальгетики
- нестероидные противовоспалительные препараты
- анальгетики

Симптомом вегетативно-трофических нарушений у пациентки является

- синдром Горнера
- аналгезия
- «заячья губа»
- артропатия

Для артропатии при данном заболевании характерны

- остеопорозы трубчатых костей

- отложения солей мочевой кислоты
- синовиты крупных суставов
- параартикулярные обызвествления

При появлении и прогрессировании двигательных нарушений при данном заболевании первыми, как правило, страдают

- мимические мышцы лица
- мелкие мышцы кистей рук
- мелкие мышцы стоп
- проксимальные группы мышц

Сирингомиелия часто сочетается с

- мимические мышцы лица
- мелкие мышцы кистей рук
- мелкие мышцы стоп
- проксимальные группы мышц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 64 лет обратилась к неврологу поликлиники.

Жалобы

На острую боль в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Боли возникли за 4 дня до обращения к врачу, носили неприятный простреливающий характер. В день обращения появились пузырьчатые высыпания, зуд.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез не отягощен. Контакты с инфекционными больными и токсическими веществами отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 161 см. Температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски и влажности. На коже боковой поверхности грудной клетки слева на уровне 11–12 ребер папулезные высыпания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 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.

В неврологическом статусе: Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Черепно-мозговая иннервация без патологии. Парезов, координаторных нарушений нет. Гипестезия на боковой поверхности грудной клетки слева на уровне 11-12 ребер.

Локализация боли и гипестезии соответствует зоне иннервации + _____ + сегментов спинного мозга

- C7 – Th5
- Th7 - Th8
- Th10 - Th 12
- C5 – C8

Характер чувствительных нарушений соответствует + _____ + типу расстройств чувствительности

- корешковому

- полиневритическому
- заднероговому
- проводниковому

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- инструментальный
- лабораторный
- молекулярно-генетический
- клинический

Высыпания в виде пузырьков у пациентки соответствуют

- герпетическому ганглиониту
- экссудативному нейродермиту
- герпетическому васкулиту
- ветряной оспе

Для верификации диагноза можно провести + _____ + диагностику экссудата

- ПЦР
- молекулярно-генетическую
- бактериологическую
- бактериоскопическую

Предполагаемый основной диагноз

- ПЦР
- молекулярно-генетическую
- бактериологическую
- бактериоскопическую

Диагноз

С учетом диагноза пациентке следует назначить

- кларитромицин
- ацикловир
- цефтриаксон
- ампициллин

В качестве патогенетической терапии возможно назначение

- дексаметазона
- ацетилсалициловой кислоты
- цетиризина
- интерферона

При длительно сохраняющемся болевом синдроме наиболее эффективными препаратами для купирования болевого синдрома являются

- НПВП
- антидепрессанты
- бензодиазепины
- кортикостероиды

Для оказания местного противовоспалительного действия рекомендовано применение

- спиртовых растворов анилиновых красителей
- спиртовых растворов новокаина
- гидрокортизоновой мази
- окклюзионных повязок с мазями

При опоясывающем герпесе на лице наиболее часто поражается + _____ + нерв

- подъязычный
- тройничный
- языкоглоточный
- лицевой

Первичная инфекция вирусом Varicella zoster проявляется, как правило,

- подъязычный
- тройничный
- языкоглоточный
- лицевой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 17 лет обратился за консультативной помощью к неврологу.

Жалобы

На нарушение походки, замедленность движений, сниженный фон настроения

Анамнез заболевания

Считает себя больным около пяти лет, когда появилась слабость в верхних и нижних конечностях, стало труднее переносить нагрузки. Снижился фон настроения, стал раздражительным, перестал общаться со сверстниками. Месяц назад без очевидной причины потерял сознание на несколько секунд, упал, отмечались судороги, прикус языка

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Аллергоанамнез не отягощен.

Тяжелых травм, инфекционных заболеваний, оперативных вмешательств не было.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 167 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 76/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: Пациент в ясном сознании. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Фон настроения снижен. Критика к своему состоянию снижена. Гипомимия, походка мелкими шажками, ахейрокинез. При нейропсихологическом осмотре отмечается замедление когнитивных функций, снижение памяти, понимание и продукция речи сохранены. Тестирование по MMSE – 26 баллов.

Парезов в конечностях нет, мышечный тонус повышен по пластическому типу, чувствительных нарушений нет.

Ядром клинической картины заболевания является нарушение двигательных функций по типу

- акинетико-ригидного синдрома
- хореоформного гиперкинеза
- дистонического гиперкинеза

- пароксизмальной дистонии

Нарушение психических функций у пациента можно охарактеризовать как

- зрительные и слуховые галлюцинации
- сумеречное расстройство сознания
- умеренные когнитивные
- деменцию гиппокампального типа

Приступ потери сознания у этого пациента следует рассматривать как

- гиперкинетический криз
- конверсионный припадок
- эпилептический припадок
- вазовагальный обморок

Обязательным этапом обследования должна стать

- гиперкинетический криз
- конверсионный припадок
- эпилептический припадок
- вазовагальный обморок

Результаты

Для уточнения диагноза необходимо провести

- гиперкинетический криз
- конверсионный припадок
- эпилептический припадок
- вазовагальный обморок

Результаты

У пациента имеется

- гиперкинетический криз
- конверсионный припадок
- эпилептический припадок
- вазовагальный обморок

Диагноз

Форма заболевания в данном случае определяется как

- психическая
- поздняя ригидная
- гиперкинетическая
- ювенильная

Учитывая клинические особенности этого пациента, для коррекции брадикинезии следует назначить

- мадопар
- габапентин
- галоперидол
- тетрабеназин

Для коррекции эмоционального состояния и уменьшения раздражительности в данном случае следует применять

- ноотропы
- нормотимики
- психостимуляторы
- ингибиторы МАО-В

Для коррекции когнитивных нарушений при этом заболевании следует применять

- церебролизин
- глицин
- ривастигмин
- пирацетам

Важным направлением реабилитации пациента с этим заболеванием является

- обеспечение безопасного окружения в быту
- релаксационный тренинг
- ограничение умственных нагрузок
- уменьшение объема физических нагрузок

Медико-генетическое консультирование позволяет

- обеспечение безопасного окружения в быту
- релаксационный тренинг
- ограничение умственных нагрузок
- уменьшение объема физических нагрузок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 34 лет обратилась к неврологу поликлиники.

Жалобы

На произвольные насильственные движения в различных частях тела, перепады настроения.

Анамнез заболевания

Жалобы на периодически возникающие мышечные сокращения появились около 2 лет назад. Обследовалась у терапевта поликлиники, патологии со стороны внутренних органов выявлено не было. Постепенно движения стали бесконтрольными, появилась неестественная жестикуляция, стала нарушаться походка. В последнее время появилось ощущение скованности, неустойчивость, может внезапно упасть, поэтому перестала выходить на улицу. В состоянии покоя и во сне насильственные движения отсутствуют. Родственники отметили, что у пациентки значительно ухудшилась память.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Аллергоанамнез не отягощен.

Тяжелых травм, инфекционных заболеваний, оперативных вмешательств не было.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 168 см. Температура тела 36,7⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 135/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: В ясном сознании. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Концентрация

внимания достаточна, обстоятельно отвечает на вопросы. Память на текущие события снижена. Речь отрывистая, прерывается причмокиванием, всхлипываниями. Зрачковые реакции сохранены. Не может зафиксировать взгляд в одном положении. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Мягкое небо фонировано. Глоточный рефлекс живой. При осмотре обращает внимание на наличие дополнительных движений по типу гримасничанья. Не может удерживать язык неподвижно.

Парезов в конечностях нет. Мышечный тонус низкий, сухожильные рефлексы живые, симметричные, патологических рефлексов нет. Чувствительных нарушений нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Периодически возникают насильственная жестикоуляция, вычурные позы. Походка неровная, раскачивающаяся, периодически совершает размашистые движения руками.

Ядром клинической картины является

- спастический тетрапарез
- мозжечковая атаксия
- гиперкинетический синдром
- периферический тетрапарез

Имеющиеся у пациентки избыточные движения можно охарактеризовать как

- дистонию
- тремор
- хорею
- миоклонии

Для уточнения диагноза заболевания требуется провести

- дистонию
- тремор
- хорею
- миоклонии

Результаты

Для подтверждения диагноза в данном случае необходимо провести

- дистонию
- тремор
- хорею
- миоклонии

Результаты

Диагнозом пациентки является

- дистонию
- тремор
- хорею
- миоклонии

Диагноз

Препаратом выбора при лечении этого заболевания является

- тетрабеназин
- амантадин
- карбамазепин

- пирибедил

Для уменьшения выраженности гиперкинезов возможно применение

- галоперидола
- ривастигмина
- прамипексола
- биперидена

Для коррекции когнитивных нарушений при этом заболевании рекомендуется назначать

- этилметилгидроксипиридина сукцинат
- церебролизин
- пирацетам
- ривастигмин

Для успешной реабилитации пациентов необходимо

- уменьшить риски травматизации
- устранить причину заболевания
- трижды в день измерять артериальное давление
- ежедневно выполнять физические упражнения

Причиной серьезных осложнений и смерти пациентки могут стать нарушения

- ритма сердца
- функции тазовых органов
- уровня сознания
- акта глотания

Асимптомным носителям мутации

- рекомендуется исключить работу в ночное время
- превентивное лечение не назначается
- рекомендуется значительно увеличить уровень физической активности
- назначаются большие дозы витамина E

Болезнь Гентингтона относится к орфанным заболеваниям, поскольку

- рекомендуется исключить работу в ночное время
- превентивное лечение не назначается
- рекомендуется значительно увеличить уровень физической активности
- назначаются большие дозы витамина E

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 лет обратилась к неврологу поликлиники.

Жалобы

На непроизвольные насильственные движения в различных частях тела, снижение памяти.

Анамнез заболевания

Жалобы на периодически возникающие мышечные сокращения появились около 6 лет назад. Обследовалась

у терапевта поликлиники, была выявлена артериальная гипертензия, назначен эналаприл 5 мг/сут. Сначала двигательное беспокойство распространялось на лицо и мелкие мышцы конечностей. В последнее время движения стали бесконтрольными, появилась неестественная жестикуляция, стала нарушаться походка, прохожие на улице начали обращать внимание. В последнее время появились периодические нарушения глотания. В состоянии покоя и во сне насильственные движения отсутствуют.

Родственники отметили, что у пациентки значительно ухудшилась память, появились перепады настроения, стала раздражительной.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Аллергоанамнез не отягощен.

Тяжелых травм, инфекционных заболеваний, оперативных вмешательств не было.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 164 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 82/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: В ясном сознании. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Фон настроения снижен, концентрация внимания нарушена, вопросы приходится повторять по несколько раз. Память на текущие события снижена. Речь отрывистая, прерывается всхлипываниями. Движения глазных яблок в полном объеме. Не может зафиксировать взгляд в одном положении. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Мягкое небо фонировано. Глоточный рефлекс живой. При осмотре обращает внимание на наличие дополнительных движений по типу гримасничанья. Не может удерживать язык неподвижно. Насильственные движения распространяются и на нёбную занавеску.

Парезов в конечностях нет. Мышечный тонус низкий. Сухожильные рефлексы живые, симметричные, патологических рефлексов нет. Чувствительных нарушений нет. Координаторные нарушения проверить невозможно из-за постоянного двигательного беспокойства пациента. Возникает насильственная жестикуляция, вычурные позы. Походка неровная, раскачивающаяся, конечности совершают периодические широкоамплитудные хаотичные движения.

Синдром двигательных нарушений, имеющихся у больного, следует рассматривать в рамках

- пареза
- гиперкинеза
- атаксии
- акатизии

Симптоматика, описанная у пациента, характерна для поражения мозговых структур, входящих в состав

- палеостриатума
- лимбической системы
- мозжечка
- неостриатума

Для подтверждения диагноза, наряду с ЭЭГ, необходимо осуществить

- палеостриатума
- лимбической системы
- мозжечка
- неостриатума

Результаты

Предполагаемым основным диагнозом является

- палеостриатума
- лимбической системы
- мозжечка
- неостриатума

Диагноз

Препаратом выбора в лечении этого заболевания является

- окскарбазепин
- тетрабеназин
- пирибедил
- кветиапин

В качестве препаратов второго ряда для коррекции симптомов рекомендуется применение

- нейролептиков
- витамина Е
- антихолинергических препаратов
- антидепрессантов

Важнейшим побочным эффектом, ограничивающим применение нейролептиков у пациентов с болезнью Гентингтона, является развитие

- вестибулярной атаксии
- нарушения функции тазовых органов
- корсаковского синдрома
- дистонии и ригидности

Для коррекции когнитивных нарушений пациентке целесообразно назначение

- этилметилгидроксипиридина сукцината
- церебролизина
- мемантина
- пирацетама

Агрессивное поведение и психозы у пациентки рекомендуется корректировать назначением

- антидепрессантов
- препаратов леводопы
- нейролептиков
- транквилизаторов

Одним из частых симптомов заболевания является

- колебание артериального давления
- повышение температуры
- нарушение ритма сердца
- уменьшение массы тела

По классификации это заболевание относится к группе

- нейродегенеративных
- сосудистых
- демиелинизирующих
- нервно-мышечных

Причиной развития нарушений деятельности нервных клеток при этом заболевании является накопление в них мутантной формы белка

- нейродегенеративных
- сосудистых
- демиелинизирующих
- нервно-мышечных

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет обратился к неврологу поликлиники в связи с нарушением походки и непроизвольными движениями во всех частях тела.

Жалобы

На невозможность ровно ходить, непроизвольные насильственные движения в различных частях тела, снижение памяти, резкие перепады настроения.

Анамнез заболевания

Жалобы на периодически возникающие мышечные сокращения, вызывающие непроизвольные движения, появились около 3 лет назад. Был на приеме у невролога, принимал курс "каких-то успокоительных" препаратов без видимого эффекта. Сначала двигательное беспокойство распространилось на лицо и мелкие мышцы конечностей. В последнее время движения стали бесконтрольными, появилась неестественная жестикация, стала нарушаться походка, прохожие на улице начали обращать внимание, принимая за пьяного. В последнее время появились периодические нарушения глотания, поперхивание при еде. В состоянии покоя и во сне насильственные движения отсутствуют.

Родственники отметили, что пациент стал раздражительным, забывчивым.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Аллергоанамнез не отягощен.

Тяжелых травм, инфекционных заболеваний, оперативных вмешательств не было.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 79 кг, рост 188 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 76/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Начал худеть без видимой причины, похудел за последние 2 года более чем на 10 кг.

Неврологический статус: Сознание ясное, контактен, ориентирован. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Фон настроения снижен. Рассеян. Вопросы приходится повторять несколько раз. Память на текущие события снижена. Речь отрывистая, прерывается причмокиванием, всхлипываниями.

Движения глазных яблок в полном объеме. Не может зафиксировать взгляд в одном положении. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Мягкое небо фонировано. Глоточный рефлекс живой. При осмотре обращает внимание на наличие дополнительных движений по типу "причмокивания", гримасничанья. Не может удерживать язык неподвижно. Насильственные движения распространяются и на нёбную занавеску. Парезов в конечностях нет. Мышечный тонус низкий. Сухожильные рефлексы живые, симметричные, патологических рефлексов нет. Чувствительных нарушений нет. Координацию оценить невозможно из-за постоянного двигательного беспокойства пациента. Отмечается насильственная жестикация, вычурные позы. Походка неровная, раскачивающаяся, конечности совершают периодические широкоамплитудные хаотичные движения.

Синдром двигательных нарушений, имеющихся у больного, следует трактовать как

- акатизию

- атаксию
- гиперкинез
- парез

Симптоматика, описанная у пациента, характерна для поражения мозговых структур, входящих в состав

- палеостриатума
- неостриатума
- лимбической системы
- мозжечка

Для подтверждения диагноза, наряду с ЭЭГ, необходимо осуществить

- палеостриатума
- неостриатума
- лимбической системы
- мозжечка

Результаты

Предполагаемым основным диагнозом является

- палеостриатума
- неостриатума
- лимбической системы
- мозжечка

Диагноз

Для коррекции клинических проявлений заболевания пациенту необходимо назначить

- тетрабеназин
- пиридостигмина бромид
- леводопу с бенсеразидом
- карбамазепин

В качестве препаратов второго ряда для коррекции симптомов рекомендуется применение

- антиоксидантов
- антиконвульсантов
- нейролептиков
- витаминов

Для коррекции фокальной дистонии при болезни Гентингтона используется

- проноран
- прозерин
- ботулинический токсин
- ривастигмин

Частым и серьезным осложнением при болезни Гентингтона является

- снижение массы тела
- нарушение уровня сознания
- нарушение мочеиспускания
- нарушение ритма сердца

Агрессивное поведение и психозы при данном заболевании рекомендуется корректировать назначением

- транквилизаторов
- нейролептиков
- антидепрессантов
- препаратов леводопы

Характер поражения нервной системы при этом заболевании рассматривается как

- аутоиммунный
- дисметаболический
- дегенеративный
- сосудистый

Тип наследования этого заболевания характеризуется как

- X-сцепленный рецессивный
- аутосомно-рецессивный
- X-сцепленный доминантный
- аутосомно-доминантный

С патоморфологической точки зрения, наиболее характерным для данного заболевания является постепенно нарастающая атрофия структур

- X-сцепленный рецессивный
- аутосомно-рецессивный
- X-сцепленный доминантный
- аутосомно-доминантный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная М. 40 лет поступила в неврологическое отделение.

Жалобы

На слабость в ногах, нарушение походки, нечеткость речи, носовой оттенок голоса, затруднение при проглатывании твердой пищи. Со слов дочери, пациентка «ходила на выпрямленных ногах, не сгибая ногу в коленном суставе».

Анамнез заболевания

Первые проявления заболевания проявились 4 года назад и развивались постепенно: стала отмечать нарастание слабости в ногах, изменение походки стало заметно окружающим, участились судороги в икроножных мышцах и вздрагивание ног в ночное время. Затем присоединилось нарушение речи и расстройство глотания. На протяжении этих 4 лет состояние больной оставалось стабильным, прогрессирования двигательных и речевых нарушений не было. Больная адаптировалась к имеющимся у нее проявлениям, вела активный образ жизни. Обращалась к неврологу по месту жительства 1 год назад: заподозрен демиелинизирующий процесс головного мозга. Обследована

* МРТ головного мозга с контрастированием от 20.05.2019 г: очаговых изменений в веществе головного мозга не обнаружено;

* МРТ шейного и грудного отделов спинного мозга от 20.05.2019 г: начальные дегенеративно-дистрофические изменения в шейном и грудном отделе, очаговых изменений не выявлено

* ЭНМГ верхних и нижних конечностей от 05.08.2019 г: ЭНМГ – заинтересованности корешков и мотонейронов не обнаружено. Проводимость по периферическим нервам сохранена.

Анамнез жизни

- * У бабушки и родной тёти больной подобное изменение походки отмечалось с возраста 25 лет.
- * Аллергических реакций не было.
- * Соматически здорова.

Объективный статус

Состояние больной ближе к удовлетворительному, соматически здорова, АД 130/80 мм рт.ст, t = 36,6°C. Неврологический статус: сознание ясное. ЧМН: речь дизартричная, девиация языка влево, девиация язычка мягкого неба влево, глоточный рефлекс снижен, рефлекс орального автоматизма. Мышечная сила в ногах снижена в пределах 3 баллов. Сухожильные рефлексы с рук D=S, с ног D=S, высокие, клонусы стоп и коленных чашечек, расширение рефлексогенных зон, патологические стопные знаки. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушена. Атаксии в позе Ромберга нет, координаторные пробы выполняет хорошо. Мышечный тонус в ногах повышен по пирамидному типу. Тазовых нарушений нет.

К необходимым методам обследования относятся

- Х-сцепленный рецессивный
- аутосомно-рецессивный
- Х-сцепленный доминантный
- аутосомно-доминантный

Результаты методов обследования

Ведущим в клинической картине заболевания у пациентки является синдром

- когнитивных нарушений
- двигательных расстройств
- гиперкинетический
- акинетико-ригидный

Наличие подобных проявлений у бабушки и тети больной при этом заболевании свидетельствует в пользу

- наследственного характера
- связи с соматической патологией
- спорадического случая
- связи с патологией беременности

Наиболее вероятным диагнозом является

- наследственного характера
- связи с соматической патологией
- спорадического случая
- связи с патологией беременности

Диагноз

Окончательный диагноз может быть установлен после проведения

- наследственного характера
- связи с соматической патологией
- спорадического случая
- связи с патологией беременности

Результаты обследования

При манифестации этого заболевания в раннем детском возрасте дифференциальный диагноз проводится прежде всего с

- синдромом Дауна
- детским церебральным параличом
- опухолью головного мозга
- врожденным пороком развития

Для уменьшения спастичности пациентке показано назначение

- анальгетиков
- антиконвульсантов
- миорелаксантов
- ингибиторов холинэстеразы

При выраженной спастичности с целью профилактики контрактур пациентке показана

- лекарственная терапия
- физиотерапия
- ботулинотерапия
- ортезирование

Для профилактики развития контрактур пациентке показано наблюдение у

- кардиолога
- эндокринолога
- травматолога-ортопеда
- генетика

При развитии выраженных контрактур пациентке показано/а

- хирургическое лечение
- высоконагрузочная кинезиотерапия
- физиотерапевтическое лечение
- повторное введение ботулотоксина

Для планирования последующих беременностей у матери ребенка с семейной нижней спастической параплегией Штрюмпеля показано проведение

- МРТ спинного мозга
- ЭЭГ после депривации сна
- медико-генетического консультирования
- биопсии мышц нижних конечностей

В основе всех форм семейной нижней спастической диплегии лежит

- МРТ спинного мозга
- ЭЭГ после депривации сна
- медико-генетического консультирования
- биопсии мышц нижних конечностей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 17 лет в сопровождении родителей пришел на консультацию к врачу-неврологу.

Жалобы

Плохой почерк, пошатывание при ходьбе, падения при быстрой ходьбе и беге.

Анамнез заболевания

Со слов родителей, заболевание началось пять лет назад с пошатывания и падений при быстрой ходьбе и беге. Затем родители заметили ухудшение речи и письма. Постепенно нарушения походки, речи и письма нарастали.

У родственников по линии отца и матери подобных заболеваний не было.

Анамнез жизни

- * аллергических реакций не было;
- * больной - единственный ребенок у родителей;
- * родился в срок;
- * родители больного - двоюродные брат и сестра;
- * в дошкольном периоде рос и развивался нормально;
- * наследственность не отягощена.

Объективный статус

Выраженный сколиоз. Отмечаются деформации стоп: высокий свод, большие пальцы крючкообразной формы - резко разогнуты основные и согнуты конечные фаланги.

Неврологический статус: интеллект существенно не изменен. Речь замедленная, прерывистая. Сила рук и ног достаточная. Тонус мышц конечностей понижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы низкие, симметричные. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологический рефлекс Бабинского вызывается с обеих сторон. При пробе Ромберга наблюдается выраженное пошатывание. Спокойно стоять не может, переступает с одной ноги на другую. Походка шаткая, неуклюжая. При ходьбе больной широко расставляет ноги, с силой ударяет подошвами о пол, отклоняется от прямого направления то в одну, то в другую сторону. Промаживание с элементами интенционного дрожания при пальце-носовой и указательной пробах, гиперметрия и дисдиадохикинез с обеих сторон. Не может выполнить пяточно-коленную пробу. Почерк плохой, буквы неровные. Снижены суставно-мышечная и вибрационная чувствительность в дистальных отделах ног.

К необходимым методам обследования относятся

- МРТ спинного мозга
- ЭЭГ после депривации сна
- медико-генетического консультирования
- биопсии мышц нижних конечностей

Результаты методов обследования

С учетом данных предыдущих методов обследования, пациенту показано проведение

- МРТ спинного мозга
- ЭЭГ после депривации сна
- медико-генетического консультирования
- биопсии мышц нижних конечностей

Результаты обследования

Выявленные неврологические синдромы обусловлены поражением

- передних рогов спинного мозга и чувствительных ганглиев

- прецентральной извилины головного мозга и коры мозжечка
- задних канатиков спинного мозга и спиноцереbellарных трактов
- постцентральной извилины головного мозга и лобно-мосто-мозжечкового пути

Походка пациента расценивается как

- шаркающая
- миопатическая
- атактическая
- паретическая

Нарушение речи, выявленное у больного, расценивается как

- сенсорная афазия
- дизартрия
- акинетический мутизм
- моторная афазия

Наиболее частым экстраневральным проявлением болезни Фридрейха является

- катаракта
- гипогонадизм
- сахарный диабет
- кардиомиопатия

Экстраневральным проявлением заболевания у пациента является

- деформация стопы
- прерывистая речь
- атактическая походка
- измененный почерк

Предполагаемым диагнозом является

- деформация стопы
- прерывистая речь
- атактическая походка
- измененный почерк

Диагноз

Для коррекции скелетных деформаций больному показано(-а)

- физиотерапия
- кинезиотерапия
- хирургическое вмешательство
- тейпирование

Лечебная тактика ведения больных атаксией Фридрейха предполагает + _____ + терапию

- этиопатогенетическую
- симптоматическую
- патогенетическую
- этиотропную

Средний возраст манифестации болезни Фридрейха составляет + ___ + лет

- 60
- 15
- 45
- 50

Для болезни Фридрейха характерен + _____ + тип наследования

- 60
- 15
- 45
- 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка О., 69 лет обратилась в неотложную помощь в связи с развитием нарушения речи и слабости в правой руке.

Жалобы

При прибытии врача жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение трех дней, когда впервые появились трудности в произношении слов («каша» во рту) и их подборе, замедленная и малопонятная речь и слабость в правой кисти, которые самостоятельно прошли через 15-20 минут. К врачам не обращалась, расценила этот эпизод как переутомление (помогала дочери в уходе за грудным ребенком). На следующий день такие эпизоды повторились дважды, однако также никаких мер не предпринимала. На третий день утром развились 2 аналогичных эпизода с интервалом в час, после чего обратилась в неотложную помощь.

Анамнез жизни

Длительно страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом АД до 180/90 мм рт. ст., нерегулярно принимает гипотензивные препараты.

Объективный статус

На осмотре АД 150/80 мм рт. ст. Пульс 74 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Выслушивается систолический шум в проекции бифуркации общей сонной артерии слева. Общемозговых, менингеальных и очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Речевые нарушения, имевшиеся у пациентки, следует расценить как проявления + _____ + афазии

- сенсорной
- семантической
- моторной
- амнестической

Имеющиеся у больной повторные эпизоды быстро проходящих нарушений речи и слабости в правой кисти соответствуют

- пароксизмальной миоплегии
- транзиторным ишемическим атакам
- ишемическому инсульту
- ауре приступа мигрени

Врач неотложной помощи должен

- направить пациентку на консультацию к неврологу
- назначить курс вазоактивной терапии
- пациентку госпитализировать
- направить пациентку на плановое обследование

Преходящая неврологическая симптоматика и систолический шум над сонной артерией диктуют необходимость проведения

- направить пациентку на консультацию к неврологу
- назначить курс вазоактивной терапии
- пациентку госпитализировать
- направить пациентку на плановое обследование

Результаты обследования

Изменения, выявленные при рентгеновской КТ головы, свидетельствуют о/об

- внутричерепной гипертензии
- отсутствии патологических изменений
- атрофии головного мозга
- отёке головного мозга

По результатам проведенного исследования у пациентки имеют место

- внутричерепной гипертензии
- отсутствии патологических изменений
- атрофии головного мозга
- отёке головного мозга

Диагноз

Наиболее вероятным механизмом развития преходящей неврологической симптоматики у пациентки является развитие

- спазма корковых артерий
- вазогенного отека мозга
- тромбоза на месте атеросклеротической бляшки
- артерио-артериальной эмболии

Наличие у пациентки нестабильной атеросклеротической бляшки является фактором риска развития

- мигрени с аурой
- субарахноидального кровоизлияния
- геморрагического инсульта
- ишемического инсульта

Пациентке рекомендуется

- каротидная эндартерэктомия
- прием аспирина
- двойная антиагрегантная терапия
- прием варфарина

Проведение хирургического лечения рекомендуется в период

- 6-12 месяцев

- 2-3 месяцев
- 1-2 недель
- 3-4 недель

Альтеплаза для лечения ишемического инсульта применяется в дозе + ____ + мг/кг массы тела

- 1,9
- 1,0
- 0,8
- 0,9

Основными направлениями лечения ишемического инсульта являются

- 1,9
- 1,0
- 0,8
- 0,9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К. 41 года доставлена в клинику после развившегося судорожного приступа с потерей сознания, пеной у рта, прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием

Жалобы

На слабость в левых конечностях.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение трех месяцев, когда после перенесенной холицистэктомии появилась и стала медленно нарастать слабость в левой руке, а затем и в ноге. Считала, что это последствия наркоза, к врачам не обращалась. В день госпитализации на работе впервые развился приступ потери сознания с судорогами, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием, по поводу чего пациентка доставлена в клинику.

Анамнез жизни

* Калькулезный холецистит с холецистэктомией 3 месяца назад

* Хронический гастрит

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 60 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: в ясном сознании, ориентирована, контактна, общемозговых и менингеальных симптомов нет. Отмечается некоторое снижение критики к тяжести своего состояния. Выявляется частичная гемианопсия слева. Сглажена левая носогубная складка, язык отклоняется влево. Левосторонний гемипарез с повышением мышечного тонуса и оживлением сухожильных рефлексов слева, грубые патологические стопные знаки слева. Расстройство всех видов чувствительности по гемитипу слева. Тазовые функции сохранены.

Выявленная у больной симптоматика в виде левосторонних гемианопсии, гемианестезии, гемипареза соответствует синдрому поражения

- задней центральной извилины
- хвостатого ядра
- зрительного бугра
- внутренней капсулы

Эпилептический приступ, развившийся у пациентки, следует расценить как

- эпилептический синдром
- идиопатическую эпилепсию
- эпилептическую реакцию
- эпилептический статус

Неврологическая симптоматика, имеющаяся у пациентки, характерна для поражения

+ _____ + головного мозга

- глубинных структур правого полушария
- коры левой височной доли
- коры правой лобной доли
- коры правой теменной доли

Необходимым для постановки диагноза методом исследования является

- глубинных структур правого полушария
- коры левой височной доли
- коры правой лобной доли
- коры правой теменной доли

Результаты исследования

Предполагаемым диагнозом является

- глубинных структур правого полушария
- коры левой височной доли
- коры правой лобной доли
- коры правой теменной доли

Диагноз

Пациентка должна быть проконсультирована

- нейрохирургом
- кардиологом
- гастроэнтерологом
- эндокринологом

Лечебная тактика при опухолях головного мозга преимущественно определяется

- возрастом пациента и сопутствующими заболеваниями
- наличием и степенью дислокационного процесса
- объемом поражения вещества мозга
- гистологической верификацией

При повторении эпилептических приступов необходимо назначить

- антиконвульсанты
- антиоксиданты
- аминокислоты
- ноотропы

Для уменьшения отека головного мозга пациентке следует применить

- кортикостероиды
- тиазидные диуретики
- петлевые диуретики
- осмотические диуретики

Пациенты с глиобластомой после гистологической верификации опухоли нуждаются в

- комбинированном лечении
- изолированной дистанционной фракционной лучевой терапии
- только в симптоматическом лечении
- изолированной лекарственной противоопухолевой терапии

Для опухоли премоторной области лобной доли характерны

- атрофия зрительного нерва на стороне опухоли
- гемипарез с преобладанием в ноге
- адверсивные эпилептические припадки
- моторная афферентная афазия

Офтальмологическим признаком внутричерепной гипертензии является

- атрофия зрительного нерва на стороне опухоли
- гемипарез с преобладанием в ноге
- адверсивные эпилептические припадки
- моторная афферентная афазия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 63 лет госпитализирована бригадой СМП с подозрением на ишемический инсульт.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

По словам мужа, заболела остро, около 2 часов назад, когда стала заговариваться, вести себя неадекватно, проявляла агрессию, перестала узнавать родственников. Однако уже около двух лет у пациентки отмечался сниженный фон настроения, снизилась память. Последние полгода изменилась походка.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголем не злоупотребляет. На пенсии 6 лет. Ранее работала медсестрой. Со слов мужа наблюдалась у психиатра по поводу астено-депрессивного синдрома.

Объективный статус

При поступлении: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: выраженная мраморность кожи, особенно в дистальных отделах. Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 168, вес – 52 кг. Температура тела 36,2⁰С, 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, контакту доступна, нить разговора не удерживает, возбуждена, манерна, при беседе флиртует с врачом, "строит глазки", капризна, демонстративна. На вопросы отвечает в целом по существу, но не полно, путается в ответах. Ориентирована не полностью: правильно называет место, где находится, но настоящую дату и свой возраст называет неверно. Сведения о себе сообщает непоследовательно, отрывочно, отмечаются персеверации. Менингеальных симптомов нет. Зрачки узкие неправильной формы, реакция на свет снижена, на аккомодацию сохранена. Подвижность глазных яблок сохранена. Косоглазия нет. Сглажена правая носогубная складка. Небный и глоточный рефлексы сохранены.

Легкая девиация языка вправо. Мышечная сила в конечностях удовлетворительная, однако в пробе Барре быстрее опускает правые конечности. Сухожильные рефлексы D>S, высокие, зоны расширены. Симптом Бабинского справа. Брюшные рефлексы снижены с двух сторон. На болевые раздражители реагирует одинаково с двух сторон. Походка изменена по типу лобной дисбазии.

У пациентки выявлена очаговая неврологическая симптоматика в виде + _____ + гемипареза

- смешанного правостороннего
- центрального левостороннего
- центрального правостороннего
- периферического правостороннего

Узкие зрачки со сниженной реакцией на свет при сохранности реакции на аккомодацию характерны для симптома

- Парино
- Бенедикта
- Аргайла Робертсона
- Гертвига-Мажанди

В первую очередь пациентке показано проведение

- Парино
- Бенедикта
- Аргайла Робертсона
- Гертвига-Мажанди

Результаты обследования

**При проведении анализа крови в сыворотке выявлена положительная реакция Вассермана RW+++
Учитывая эти результаты, необходимо исключить наличие у пациентки**

- нейросифилиса
- синдрома Суссака
- дисциркуляторной энцефалопатии
- рассеянного склероза

Для подтверждения диагноза пациентке необходимо проведение

- нейросифилиса
- синдрома Суссака
- дисциркуляторной энцефалопатии
- рассеянного склероза

Результаты обследования

Окончательным диагнозом пациентки является

- нейросифилиса
- синдрома Суссака
- дисциркуляторной энцефалопатии
- рассеянного склероза

Диагноз

Прогрессирующий паралич развивается через + _____ + после инфицирования

- 1-2 года
- 3-6 месяцев
- 2-4 недели
- 10-20 лет

Характерным изменением в ликворе при нейросифилисе является

- пониженное содержание глюкозы
- увеличение числа нейтрофилов
- увеличение числа лимфоцитов
- пониженное содержание белка

Лечение пациентки должно проводиться в + _____ + стационаре

- инфекционном
- неврологическом
- терапевтическом
- дерматовенерологическом

Для лечения нейросифилиса применяют

- рифампицин
- левофлоксацин
- гентамицин
- бензилпенициллин

Наиболее эффективным способом введения пенициллина у больных с нейросифилисом является

- интратекальный
- пероральный
- внутримышечный
- внутривенный

При аллергии к пенициллинам применяют

- интратекальный
- пероральный
- внутримышечный
- внутривенный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 36 лет госпитализирован бригадой СМП с остро развившимися нарушениями речи и слабостью в правых конечностях.

Жалобы

Жалобы активно не предъявляет из-за речевых нарушений.

Анамнез заболевания

Анамнез собран со слов жены. Был обнаружен женой дома, лежащим на полу, не отвечал на вопросы, а «только мычал».

Анамнез жизни

Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает менеджером по продажам. 6 лет назад лечился по поводу сифилиса, со слов жены лечение завершил. После чего у дерматовенеролога не наблюдался.

Объективный статус

Состояние относительно тяжелое. Кожные покровы: выраженная мраморность кожи, особенно в дистальных отделах. Гиперстеническое телосложение, повышенного питания. Рост 178, вес 92 кг. Температура тела 36,2⁰С, АД 120/60 мм рт.ст., пульс 78 уд/мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: сознание ясное. Речевая продукция представлена единственным словом «му-му», обращенную речь понимает частично, простые инструкции выполняет самостоятельно, сложные инструкции - по подражанию. Менингеальных симптомов нет. Зрачки узкие неправильной формы, реакция на свет снижена, на аккомодацию и конвергенцию - сохранена. Пациент за молоточком не следит. Косоглазия нет. Болевая гипестезия правой половины лица. Правый угол рта опущен, парусит правая щека. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык девирует вправо. Мышечная сила снижена в правых конечностях: в руке проксимально – 3 балла, дистально - 1 балл; в ноге – 2 балла. Сухожильные рефлексы с рук D>S, справа – зоны расширены. Мышечный тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу. Симптом Бабинского справа. Брюшные рефлексы снижены справа. На болевые раздражители хуже реагирует справа. Координаторные пробы справа не выполняет из-за пареза, слева – мимопопадания и интенции нет.

Двигательные нарушения, выявленные у пациента, связаны с развитием + _____ + гемипареза

- центрального правостороннего
- центрального левостороннего
- периферического правостороннего
- периферического левостороннего

Нарушения речи, выявленные у больного, являются проявлением + _____ + афазии

- сенсо-моторной
- эфферентной моторной
- афферентной моторной
- сенсорной

Узкие зрачки со сниженной реакцией на свет при сохранной реакции на аккомодацию и конвергенцию характерны для симптома

- Парино
- Бенедикта
- Аргайла-Робертсона
- Гертвига-Мажанди

Неврологические симптомы, выявленные у больного, свидетельствуют о поражении

+ _____ + доли

- передних отделов височной
- глубинных отделов височной
- передних отделов левой лобной
- задних отделов левой лобной

В первую очередь пациенту показано проведение

- передних отделов височной
- глубинных отделов височной
- передних отделов левой лобной

- задних отделов левой лобной

Результаты обследования

При дуплексном сканировании брахио-цефальных артерий гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Показатели общего анализа крови, коагулограммы – в норме. При исследовании сыворотки крови:

КСР (Комплекс серологических реакций) 4+ +

РИФ (реакция иммунофлуоресценции) 4+

В данном случае необходимо исключить развитие

- наследственной тромбофилии
- диссекции отдела левой ВСА
- бактериального эндокардита
- менингovasкулярного сифилиса

Для подтверждения диагноза пациенту показано проведение

- наследственной тромбофилии
- диссекции отдела левой ВСА
- бактериального эндокардита
- менингovasкулярного сифилиса

Результаты обследования

Одним из критериев постановки диагноза нейросифилиса является + _____ + цереброспинальной жидкости (ЦСЖ)

- нейтрофильный плеоцитоз в
- повышение билирубина в
- положительная РИФ
- наличие эритроцитов в

К воспалительным изменениям в ликворе при нейросифилисе относятся: цитоз > + ____ + /мкл + ____ + содержание белка > + ____ + г/л

- 100 ; и ; 0,6
- 4 ; и/или ; 0,33
- 20 ; и/или ; 0,6
- 200 ; и ; 1,6

Пациенту с ишемическим инсультом на фоне менингovasкулярного сифилиса необходимо срочное назначение

- цитиколина
- аспирин
- пенициллина
- гепарина

При аллергии к пенициллинам применяют

- левофлоксацин
- цефтриаксон
- джозамицин
- ванкомицин

Причиной развития ишемического инсульта у пациентов с сифилисом является

- левофлоксацин
- цефтриаксон
- джозамицин
- ванкомицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 38 лет госпитализирована в неврологический стационар в связи с нарушением ходьбы и мочеиспускания.

Жалобы

На неустойчивость при ходьбе и нарушение мочеиспускания.

Анамнез заболевания

Заболела 12 лет назад. Беспокоили нечеткость зрения, ощущение пелены перед глазами. Кроме того, отмечала несистемное головокружение и неустойчивость при ходьбе. Спустя несколько недель симптоматика самостоятельно регрессировала. В дальнейшем похожие эпизоды повторялись. Около 6-ти лет назад после родов развилась слабость в ногах. Не могла самостоятельно ходить, передвигалась с посторонней помощью. В тот же период отмечено снижение зрения на левый глаз. Была обнаружена центральная скотома в левом поле зрения, побледнение височных половин дисков зрительных нервов. Через 2 месяца симптоматика самостоятельно уменьшилась. В последнее время отмечает неустойчивость при ходьбе, нарушение мочеиспускания вначале по типу императивных позывов.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * домохозяйка;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергических реакций не было;
- * замужем, имеет сына.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 182 см. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Нарушение мочеиспускания по типу императивных позывов. Стул в норме.

Неврологический статус: Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Горизонтальный нистагм при следящих движениях глаз. Нижний спастический парапарез со снижением мышечной силы до 4 баллов. Сухожильные рефлексы на ногах высокие с расширением рефлексогенных зон, клонусы стоп с двух сторон. Патологические кистевые и стопные рефлексы. Чувствительных нарушений нет. Интенционный тремор при выполнении координаторных проб. Легкая дисметрия, адиадохокинез с двух сторон. В позе Ромберга пошатывание, как с открытыми, так и с закрытыми глазами. Походка атактическая.

У пациентки в настоящее время выявляются неврологические синдромы в виде поражения + _____ + проводящих систем

- пирамидных и мозжечковых
- мозжечковых и чувствительных
- пирамидных и глазодвигательных
- пирамидных и чувствительных

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- пирамидных и мозжечковых
- мозжечковых и чувствительных
- пирамидных и глазодвигательных
- пирамидных и чувствительных

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым диагнозом является

- пирамидных и мозжечковых
- мозжечковых и чувствительных
- пирамидных и глазодвигательных
- пирамидных и чувствительных

Диагноз

Рассеянный склероз является + _____ + заболеванием нервной системы

- сосудистым
- демиелинизирующим
- наследственным
- инфекционным

Зрительные нарушения при рассеянном склерозе обусловлены

- очагами в зрительной коре
- дегенерацией сетчатки
- ретробульбарным невритом
- поражением хиазмы

Признаком диссеминации процесса во времени, по данным МРТ, является

- наличие 1 и более инфратенториальных гиперинтенсивных T2-очагов
- наличие 3 и более перивентрикулярных гиперинтенсивных T2-очагов
- наличие 3 и более перивентрикулярных гипоинтенсивных T2-очагов
- выявление новых T2-очагов или T1-очагов, накапливающих контрастное вещество

Для рассеянного склероза характерно наличие + _____ + в ликворе

- низкой концентрации глюкозы
- нейтрофильного плеоцитоза
- олигоклональных иммуноглобулинов
- высокой концентрации белка

В качестве превентивной терапии больным с рассеянным склерозом назначают

- кортикостероиды
- антибиотики
- иммуномодуляторы
- холинолитики

Для купирования обострения рассеянного склероза применяются

- курсы гипербарической оксигенации

- высокие дозы кортикостероидов
- иммуномодулирующие препараты
- низкие дозы кортикостероидов

К препаратам «второй линии» ПИТРС терапии рассеянного склероза относят

- метилпреднизолон
- натализумаб
- глатирамера ацетат
- бетаферон

К иммуномодуляторам первого ряда относят

- финголимод
- митоксантрон
- натализумаб
- интерфероны бета

**Очаги демиелинизации при рассеянном склерозе часто расположены + _____ +
головного мозга**

- финголимод
- митоксантрон
- натализумаб
- интерфероны бета

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Т. 35 лет госпитализирована бригадой скорой помощи с направительным диагнозом транзиторная ишемическая атака. Заболевание развивалось на протяжении 7-ми дней, началось с головной боли, в последующем присоединились эпизоды преходящего онемения в левых конечностях.

Жалобы

На головную боль распирающего характера в теменной области с периодическим резким усилением, боль в правом глазном яблоке, непостоянную заложенность правого уха, периодическое онемение и ощущение ползания мурашек в левых конечностях, которые начинаются с левой стопы и быстро распространяются на левую половину туловища и руку.

Анамнез заболевания

Головная боль появилась за 7 дней до госпитализации, в вечерние часы на фоне переутомления. Месяц назад родила здорового ребенка, который находится на искусственном вскармливании.

Боль беспокоила как в дневные, так и в ночные часы, с периодическим усилением.

На третий день заболевания обратилась в поликлинику. Было зафиксировано повышение АД до 180/90 мм рт.ст, назначена гипотензивная терапия.

На 4-й день у пациентки появились кратковременные эпизоды онемения и парестезий в левых конечностях, которые самостоятельно прекращались через 5-7 минут.

В дальнейшем эпизоды преходящего онемения в левых конечностях стали сопровождаться усилением головной боли. Присоединились непостоянные головокружения, а также заложенность правого уха, нечеткость зрения и боль в правом глазном яблоке. Вновь обратилась в поликлинику, где была осмотрена окулистом (патологии не выявлено), отоларингологом (не исключались начальные проявления отита). При выходе из поликлиники повторился эпизод онемения в левых конечностях, в связи с чем был вызвана бригада скорой помощи.

Анамнез жизни

Ранее головная боль возникала изредка, проходила самостоятельно или на фоне приема анальгетиков. Перенесенные заболевания: миопатия, люмбалгия, киста левого яичника.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. АД 150/90 мм рт.ст., пульс 88 ударов в минуту, ритм правильный. В легких везикулярное дыхание, ЧДД 18 в минуту. Абдоминальное ожирение, ИМТ 43 кг/м². Неврологический статус: общемозговых и менингеальных симптомов нет. Обоняние, зрение, слух – сохранены. Движения глаз в полном объеме, зрачки равномерные, лицо симметрично, язык по средней линии. Парезов в конечностях нет, мышечный тонус и сухожильные рефлексы равномерные. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон. Расстройств чувствительности не выявлено.

Наличие общемозговой симптоматики в виде многодневной интенсивной головной боли, а также боль в правом глазном яблоке и заложенность уха свидетельствуют о повышении внутричерепного давления в результате

- повышения артериального давления
- нарушения венозного оттока
- нормотензивной гидроцефалии
- асимметрии желудочков мозга

Для установления диагноза пациентке рекомендуются

- повышения артериального давления
- нарушения венозного оттока
- нормотензивной гидроцефалии
- асимметрии желудочков мозга

Результаты обследования

Описанные у пациентки повторные кратковременные эпизоды чувствительных расстройств, начинающиеся с левой стопы и распространяющиеся на всю левую половину тела, являются

- истерическими пароксизмальными состояниями
- эпилептическими приступами
- ассоциированной формой мигрени
- транзиторными ишемическими атаками

Для уточнения диагноза дополнительно следует провести

- истерическими пароксизмальными состояниями
- эпилептическими приступами
- ассоциированной формой мигрени
- транзиторными ишемическими атаками

Результаты обследования

Стойкий цефалгический синдром у молодой женщины в послеродовом периоде и преходящая очаговая неврологическая симптоматика позволяют поставить диагноз

- истерическими пароксизмальными состояниями
- эпилептическими приступами
- ассоциированной формой мигрени
- транзиторными ишемическими атаками

Диагноз

Имеющиеся у пациентки пароксизмальные чувствительные расстройства, начинающиеся с левой стопы и быстро распространяющиеся на всю половину тела, указывают на очаговое раздражение

+ _____ + отделов + _____ + извилины

- латеральных ; постцентральной
- латеральных ; прецентральной
- медиальных ; постцентральной
- средних ; прецентральной

Описанные пароксизмальные состояния могут быть объяснены, выявленным при МРТ-венографии, нарушением кровотока в + _____ + синусе

- левом кавернозном
- правом сигмовидном
- правом поперечном
- верхнем сагиттальном

В лечении церебральных венозных тромбозов самую высокую степень доказательности имеют

- тромболитики
- антикоагулянты
- осмодиуретики
- антиагреганты

В остром периоде церебральных венозных тромбозов применяют

- ривароксабан 20 мг
- варфарин 2,5 мг
- эноксапарин 1,5 мг/кг
- дабигатран 150 мг

При лечении гепаринами рекомендуется достигнуть

- сокращения АЧТВ в 2 раза
- повышения АЧТВ в 2 раза
- увеличения МНО до 4,0-5,0
- увеличения МНО до 2,0-3,0

При церебральном венозном тромбозе гепаринотерапия в дальнейшем сменяется назначением

- агренокса
- варфарина
- клопидогрела
- ацетилсалициловой кислоты

Пациентке, перенесшей церебральный венозный тромбоз, в дальнейшем НЕ рекомендуется прием

- агренокса
- варфарина
- клопидогрела
- ацетилсалициловой кислоты

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 у офтальмолога: острота зрения правого глаза – 0,5 (не корректируется), левого – 1,0. Центральная скотома справа. Офтальмоскопия (оба глаза): побледнение диска правого зрительного нерва с височной стороны, артерии и вены без изменений. Макулярная область без патологии.

Офтальмологом направлена на консультацию к неврологу.

Анамнез жизни

Пациентка считала себя относительно здоровым человеком. За медицинской помощью ранее не обращалась. В детстве болела ветрянкой, краснухой. В течение последнего полугодия инфекционными заболеваниями не болела.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Нормостеническое телосложение, нормального питания. Рост 166, вес – 50 кг. Температура тела 36,2⁰С, АД 100/70 мм рт.ст., пульс 66 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, фотореакция 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

- переднего увеита
- ретробульбарного неврита
- тромбоза артерии сетчатки
- тромбоза вены сетчатки

Для уточнения диагноза больной показано проведение

- переднего увеита
- ретробульбарного неврита
- тромбоза артерии сетчатки
- тромбоза вены сетчатки

Результаты обследования

Дополнительно пациентке рекомендовано провести

- переднего увеита

- ретробульбарного неврита
- тромбоза артерии сетчатки
- тромбоза вены сетчатки

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом является

- переднего увеита
- ретробульбарного неврита
- тромбоза артерии сетчатки
- тромбоза вены сетчатки

Диагноз

Через 3 месяца у больной развился повторный эпизод ретробульбарного неврита. При повторной нейровизуализации были выявлены новые гиперинтенсивные очаги в мозолистом теле и мозжечке, два из которых накапливали контраст.

Учитывая повторное обострение состояния, пациентке рекомендуется провести курс

- гипербарической оксигенации
- пульс-терапии глюкокортикостероидами
- лечения интерферонами-бета
- метаболической терапии

В данном случае приоритетна схема лечения кортикостероидами, включающая

- преднизолон 1 мг/кг 2 недели
- метилпреднизолон по 1000 мг в/в капельно
- преднизолон 200 мг 7 дней
- дексаметазон по 8 мг 4 дня

На фоне лечения кортикостероидами у пациентки нормализовалась острота зрения. В качестве иммуномодулирующей терапии больной показано назначение препаратов ПИТРС первой линии, к которым относятся: интерфероны бета, глатирамера ацетат, диметилфумарат и

- натализумаб
- митоксантрон
- терифлуномид
- финголимод

Глатирамера ацетат пациентке следует назначить в дозе + ____ + мг + ____ +

- 40 ; внутримышечно 3 раза в неделю
- 20 ; внутримышечно ежедневно
- 20 ; подкожно ежедневно
- 40 ; подкожно ежедневно

На фоне лечения копаксоном у пациентки отсутствуют признаки активности процесса, но стали возникать панические атаки. Учитывая это, больной рекомендуется

- отменить глатирамера ацетат
- назначить препарат антиоксидантного действия
- назначить анксиолитик и антидепрессант
- перейти на препарат второй линии

Пациентка сообщила лечащему врачу о желании забеременеть, врач должен сказать, что

- беременность возможна только после длительной ремиссии (не менее 5 лет)
- рекомендуется прекращение терапии глатирамера ацетатом и переход на интерферон бета
- рекомендуется прекращение применения глатирамера ацетата при наступлении беременности
- беременность при рассеянном склерозе противопоказана

Частота обострений рассеянного склероза на фоне беременности

- увеличивается в I триместре
- снижается в послеродовом периоде
- снижается в III триместре
- увеличивается в III триместре

Учитывая клиническую картину, у больной отмечается + _____ + тип течения рассеянного склероза

- увеличивается в I триместре
- снижается в послеродовом периоде
- снижается в III триместре
- увеличивается в III триместре

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 49 лет обратился к неврологу. Пришел на прием в сопровождении жены.

Жалобы

На нарушение речи, глотания, изменение походки.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 3 лет, когда появились и стали нарастать изменения походки (стала «неровная, шаткая», с произвольными движениями конечностей). В течение последнего месяца стал иногда поперхиваться при еде. Со слов жены, с началом болезни стал забывчивым, невнимательным, отмечается сниженный фон настроения. Накануне госпитализации случился эпизод агрессии, бесконтрольного поведения. В анамнезе у отца пациента с 45 лет наблюдались похожие симптомы.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Контакт с инфекционными больными и токсическими веществами не было. Аллергия на пыльцу берёзы.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 130/80 мм рт.ст., пульс 72 удара в минуту, ритм сердца правильный. Живот мягкий, безболезненный. Тазовые функции контролирует. Критика к своему состоянию снижена. При нейропсихологическом осмотре замедление когнитивных функций, снижение памяти, понимание и продукция речи сохранены, агнозии нет. По краткой шкале оценки психического статуса: 19 баллов из 30 баллов. Наблюдаются практически постоянные неритмичные, разноамплитудные произвольные движения в мимической мускулатуре (grimaces с высовыванием языка, поочередным нахмуриванием и/или приподниманием бровей), руках и ногах, из-за чего больной не может поддерживать определенную позу, спокойно сидеть на стуле, походка «танцующая». Парезов нет, тонус мышц низкий. Глубокие рефлексы оживлены.

Двигательные нарушения, имеющиеся у больного, представляют + _____ + синдром

- пирамидный
- эпилептический

- гиперкинетический
- мозжечковый

Гиперкинез в виде произвольных, беспорядочных, отрывистых, неритмичных движений в лице и конечностях носит название

- тремора
- хореи
- миоклонуса
- баллизма

Подобные гиперкинезы могут развиваться при поражении

- черной субстанции
- бледного шара
- полосатого тела
- ядер таламуса

С учётом данных анамнеза и клинической картины, предполагаемым диагнозом является

- черной субстанции
- бледного шара
- полосатого тела
- ядер таламуса

Диагноз

Методом диагностики, необходимым для верификации диагноза, является

- черной субстанции
- бледного шара
- полосатого тела
- ядер таламуса

Результаты обследования

При болезни Гентингтона применяется + _____ + терапия

- клеточная
- симптоматическая
- хирургическая
- этиопатогенетическая

С целью купирования хореи пациентам можно рекомендовать

- клоназепам
- амантадин
- ривастигмин
- тетрабеназин

Противопоказанием для назначения тетрабеназина является

- низкая масса тела
- выраженный гиперкинез
- депрессия
- инсомния

При наличии поведенческих нарушений пациенту показана консультация

- нейрохирурга
- генетика
- нейропсихолога
- психиатра

Агрессивное поведение и психозы при данном заболевании рекомендуется корректировать назначением

- антидепрессантов
- нейролептиков
- ноотропов
- транквилизаторов

Если для коррекции хореи использование тетрабеназина противопоказано рекомендуется применение

+ _____ + препаратов

- антихолинергических
- антиэпилептических
- нейролептических
- дофаминергических

Важнейшим побочным эффектом, ограничивающим применение нейролептиков у пациентов с болезнью Гентингтона, является развитие

- антихолинергических
- антиэпилептических
- нейролептических
- дофаминергических

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Х. 54 лет госпитализирован через 2 часа после развившейся слабости и неловкости в левых конечностях.

Жалобы

На остро развившуюся слабость и неловкость в левых конечностях.

Анамнез заболевания

Слабость и неловкость развились после физической нагрузки.

Анамнез жизни

Около 5 лет отмечается повышение АД, с максимальными цифрами 180-190/100 мм рт.ст. Контролирует АД и принимает гипотензивные препараты нерегулярно.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 68 в мин, АД 200/110 мм рт.ст.

Неврологический статус: симптом Бехтерева справа, левосторонняя гомонимная гемианопсия, зрачки равномерные, фотореакция (прямая и содружественная) - сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Четких парезов нет. Сила во всех группах мышц достаточная. Мышечный тонус и сухожильные рефлексы без существенной разницы сторон. Снижен левый подошвенный рефлекс, непостоянный рефлекс Бабинского слева. Снижение болевой и суставно-мышечной чувствительности по гемитипу слева. Вторичное нарушение стереогностического чувства.

Пациент госпитализирован с подозрением на инсульт в период «терапевтического окна». Для определения характера инсульта показано проведение

- антихолинергических
- антиэпилептических
- нейролептических
- дофаминергических

Результаты обследования

Описанное при компьютерной томографии гиперденсивное образование является очагом

- геморрагии
- инфаркта
- демиелинизации
- обызвествления

Острое развитие очаговой неврологической симптоматики у пациента с нелеченой артериальной гипертензией и результаты нейровизуализации свидетельствуют о наличии внутримозгового кровоизлияния по типу гематомы

- геморрагии
- инфаркта
- демиелинизации
- обызвествления

Диагноз

Локализация выявленного при нейровизуализации гиперденсивного образования указывает на то, что основной его причиной является

- разрыв артериовенозной мальформации
- разрыв аневризмы артерии
- артериальная гипертензия
- амилоидная ангиопатия

Через несколько дней пациенту дополнительно была проведена контрастная КТ- ангиография сосудов головного мозга. Целью этого исследования у данного относительно молодого пациента явилось исключение

- антифосфолипидного синдрома
- опухоли мозга головного мозга
- аневризмы сосудов мозга
- болезни мелких сосудов головного мозга

Для выработки оптимальной тактики лечения пациенту необходима консультация

- кардиолога
- гематолога
- нейрохирурга
- травматолога

Нейрохирургом было рекомендовано консервативное лечение, это было обусловлено наличием

- окклюзионной гидроцефалии

- гематомы небольшого объема
- тяжелой соматической патологии
- гомонимной гемианопсии

Пациенту с внутримозговым кровоизлиянием и АД 220/120 мм рт.ст. показано срочное снижение АД (на 15-20%) с целью

- предотвращения ишемического повреждения мозга
- восстановления нарушенных функций
- предотвращения нарастания гематомы
- снижения внутричерепного давления

Для снижения АД в остром периоде геморрагического инсульта рекомендуется парентеральное введение быстродействующих бета-адреноблокаторов (лабеталола, эсмолола), так как они

- быстро восстанавливают АД
- препятствуют его повышению
- резко снижают АД
- плавно снижают АД

Применение хорошо снижающих АД вазодилататоров (пентамина, нитропруссид натрия, нитроглицерина) при внутримозговом кровоизлиянии значительно ограничено, так как они могут

- повысить внутричерепное давление
- спровоцировать субарахноидальное кровоизлияние
- увеличить объем внутримозговой гематомы
- вызвать значительную дегидратацию вещества мозга

Выявленная у пациента триада симптомов: гемианопсия, гемианестезия, гемиатаксия - соответствует синдрому

- Миллера-Фишера
- Антона-Бабинского
- Мийяра-Гюблера
- Дежерина-Русси

У пациента с классическим таламическим синдромом в отдаленном периоде инсульта может развиваться осложнение в виде

- Миллера-Фишера
- Антона-Бабинского
- Мийяра-Гюблера
- Дежерина-Русси

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился за консультацией невролога в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На онемение, покалывание, а иногда боли в кистях и стопах, слабость в ногах, трудности при ходьбе.

Анамнез заболевания

Пациент длительно злоупотребляет алкоголем. Боли и слабость в ногах постепенно прогрессируют в течение последнего года. Часто по ночам беспокоят болезненные спазмы в мышцах голени.

Анамнез жизни

Злоупотребляет алкоголем с 30 лет. Работает на стройке. Аллергологический анамнез не отягощен. Контакт с инфекционными больными не было.

Объективный статус

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски, гипергидроз ладоней и стоп, пастозность стоп. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 68 минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: В ясном сознании. Менингеальных и общемозговых симптомов нет. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при крайних отведениях глазных яблок. Снижение мышечной силы в проксимальных отделах ног до 4 баллов, в стопах до 3 баллов. Мышечный тонус в конечностях снижен. Снижение всех видов чувствительности в кистях и стопах. Глубокие рефлексы с рук низкие D=S, в ногах сухожильные рефлексы не вызываются, патологических рефлексов нет. Выполнение динамических координаторных проб значительно ухудшается при закрывании глаз. В пробе Ромберга неустойчив при закрывании глаз.

Ведущим клиническим синдромом у пациента является

- мозжечковая атаксия
- миастенический синдром
- сенсомоторная полинейропатия
- синдром паркинсонизма

Усиление нарушений координации, при выключении контроля зрения носит название + _____ + атаксии

- лобной
- мозжечковой
- вестибулярной
- сенситивной

Болезненные мышечные спазмы в мышцах голени по ночам называются

- баллизмом
- крампи
- дроп-атаками
- миоклониями

Инструментальным методом обследования, наиболее информативным для постановки диагноза, является

- баллизмом
- крампи
- дроп-атаками
- миоклониями

Результаты инструментального метода обследования

Лабораторные изменения, типичные для хронического алкоголизма, включают

- гипергликемию, повышение уровня гликозилированного гемоглобина
- положительные ревматологические пробы

- повышение печеночных трансаминаз и фракции трансферрина
- обнаружение белка Бенс-Джонса в моче

Основным патогенетическим механизмом развития неврологических нарушений у пациента является

- дефицит В12 и поражение задних канатиков спинного мозга
- аутоиммунное поражение миелиновой оболочки периферических нервов
- дефицит витамина Е и поражение передних рогов спинного мозга
- токсическое действие алкоголя и дефицит тиамина

На основании анамнеза, клинического и инструментального исследований у пациента можно диагностировать

- дефицит В12 и поражение задних канатиков спинного мозга
- аутоиммунное поражение миелиновой оболочки периферических нервов
- дефицит витамина Е и поражение передних рогов спинного мозга
- токсическое действие алкоголя и дефицит тиамина

Диагноз

Пациенту рекомендована консультация

- гематолога
- фтизиатра
- нарколога
- кардиолога

Для лечения болевого синдрома пациенту рекомендовано назначение

- антиконвульсантов
- нейролептиков
- бензодиазепинов
- НПВС

Патогенетически обоснованное лечение данного заболевания заключается в

- использовании статинов, антиагрегантов, антикоагулянтов
- назначении глюкокортикоидной терапии и цитостатиков
- отказе от алкоголя и назначении тиамина
- применении плазмафереза или иммуноглобулина внутривенно

У пациентов с хроническим алкоголизмом часто развиваются алкогольная кардиомиопатия и нарушения ритма, при наличии подозрения на эти состояния запрещено использование

- тиоктацида
- мильгаммы
- амитриптилина
- габапентина

Для подтверждения нейропатического характера боли следует использовать опросник

- тиоктацида
- мильгаммы
- амитриптилина
- габапентина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 54 лет поступил в неврологическое отделение многопрофильной больницы.

Жалобы

На нечёткость речи, поперхивание при глотании, слюнотечение, слабость в кистях, больше левой; головную боль в утреннее время.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около года, когда появились редкие поперхивания при глотании, стала нечёткой речь. Через несколько месяцев присоединилась слабость в правой кисти, изменился почерк, стали беспокоить непроизвольные подергивания в мышцах плечевого пояса, бёдер. Симптоматика медленно прогрессирует. За время болезни похудел на 8 кг.

Анамнез жизни

Аллергоанамнез не отягощен. Наличие хронических заболеваний отрицает. Профессиональных вредностей не имеет. Контакт с инфекционными больными не было.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 164 см, масса тела – 60 кг, ИМТ = 19,2 кг/м². Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18/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:

В сознании. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Контактен, когнитивно сохранен. Движения глазных яблок в полном объеме. Фотореакции живые. Лицо в покое симметрично, мимические пробы выполняет удовлетворительно. Нижнечелюстной рефлекс оживлен. Дизартрия, дисфагия. Рефлексы орального автоматизма с двух сторон, глоточный рефлекс высокий. Язык по средней линии, гипотрофия, фасцикуляции в мышцах языка. Сила мышц шеи достаточная. Смешанный тетрапарез со снижением силы в проксимальных до 4 баллов, дистальных отделах до 3 баллов. Гипотрофия мышц кистей. Сухожильные рефлексы: с рук – живые, D > S; с ног – оживлены, рефлексогенные зоны расширены, D = S. Симптом Тремнера с двух сторон. Генерализованные фасцикуляции в мышцах рук и ног. Чувствительных расстройств нет. В позе Ромберга устойчив. Тазовые функции контролирует.

Симптомами поражения центрального мотонейрона являются

- генерализованные мышечные фасцикуляции
- гипотрофии мышц кистей
- гипотрофии мышц языка
- гиперрефлексия, симптом Тремнера

Симптомами поражения периферического мотонейрона являются(-ет)ся

- мышечные фасцикуляции
- патологические рефлексы
- рефлексы орального автоматизма
- повышение мышечного тонуса

Для постановки диагноза необходимо провести

- мышечные фасцикуляции
- патологические рефлексы
- рефлексы орального автоматизма
- повышение мышечного тонуса

Результаты обследования

На основании проведенного обследования, можно предположить наличие

- мышечные фасцикуляции
- патологические рефлексy
- рефлексy орального автоматизма
- повышение мышечного тонуса

Диагноз

Дальнейшее лечение пациента должно проводиться в

- амбулаторных условиях (на дому)
- отделении интенсивной терапии
- условиях дневного стационара
- хирургическом отделении

Для больного возможно проведение всех методов лечения, кроме

- паллиативного
- симптоматического
- патогенетического
- этиотропного

Для коррекции слюнотечения может быть назначен

- гидрохлортиазид
- амитриптилин
- карбамазепин
- фуросемид

Нутритивную поддержку следует начинать при снижении массы тела более чем на 10% и появлении

- судорог по типу крампи
- трофических нарушений
- обильного слюнотечения
- признаков аспирации

С целью замедления прогрессирования заболевания больному показано назначение

- акатинола мемантина
- мексидола
- церебролизина
- рилузола (рилютека)

Для диагностики семейной формы БАС используются + _____ + методы исследования

- генетические
- вирусологические
- биохимические
- иммунологические

БАС - это + _____ + заболевание нервной системы

- дегенеративное

- сосудистое
- демиелинизирующее
- инфекционное

Основным клиническим критерием постановки диагноза бокового амиотрофического склероза является наличие признаков поражения центрального мотонейрона и + _____ + на бульбарном и спинальном уровнях

- дегенеративное
- сосудистое
- демиелинизирующее
- инфекционное

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка В. 38 лет обратилась к врачу поликлиники по просьбе своего начальника, который настаивает на её обследовании и лечении. На консультацию пришла в сопровождении коллеги по работе. Пациентка себя больной не считает.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Пациентка не может вспомнить, когда у неё появились непроизвольные движения в лице, конечностях, так как они её не беспокоили и не мешали в повседневной жизни. Подобные непроизвольные движения имели место у деда и отца пациентки. За последние два года интенсивность насильственных движений выросла. Лекарственные средства не принимала.

Анамнез жизни

Работает кладовщицей. На то, что пациентка стала хуже справляться со своими обязанностями, обратили внимание коллеги по работе. Она стала медленнее оформлять документы, допускать ошибки при их заполнении, изменился почерк, снизилась скорость письма. Могла выдать не тот инструмент или уронить его при извлечении из ячейки на полке. Стала замкнутой, снизился фон настроения, на замечания по работе могла ответить раздражением и даже агрессией.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм рт.ст. пульс 68 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: общемозговых и менингеальных симптомов нет. Обоняние, зрение, слух – не нарушены. Движения глаз (при слежении за молоточком) замедленные, толчкообразные, прерывистые. В лице, конечностях почти постоянные отрывистые, разноамплитудные, неритмичные насильственные движения. Походка замедлена, на широкой базе, с дополнительными движениями рук и ног («танцующая»). Сила в конечностях сохранена. Мышечный тонус снижен. Отмечено когнитивное снижение – по Монреальской шкале оценки когнитивных функций - 19 баллов (норма - 26 и более баллов).

Непроизвольные, беспорядочные, отрывистые, неритмичные движения в лице, конечностях, в сочетании с низким мышечным тонусом указывают на наличие + _____ + гиперкинеза

- тикозного
- миоклонического
- дрожательного
- хореического

Описанные гиперкинезы могут быть вызваны

- приемом лекарственных препаратов
- значительными физическими нагрузками
- приемом больших доз алкоголя
- острой респираторной вирусной инфекцией

Хорея может развиваться и при органическом поражении мозга в результате повреждения

- ядер ствола мозга
- полосатого тела
- мозжечка и его связей
- зрительного бугра

Целью проведения магнитно-резонансной томографии головного мозга у пациентов с гиперкинезом является

- установление окончательного диагноза
- исключение структурного повреждения
- исключение дисметаболического процесса
- исключение аутоиммунного заболевания

Учитывая семейный анамнез (гиперкинезы в 3-х поколениях), когнитивные и поведенческие нарушения у пациентки следует думать о диагнозе

- установление окончательного диагноза
- исключение структурного повреждения
- исключение дисметаболического процесса
- исключение аутоиммунного заболевания

Диагноз

Для подтверждения диагноза необходимо провести

- установление окончательного диагноза
- исключение структурного повреждения
- исключение дисметаболического процесса
- исключение аутоиммунного заболевания

Результаты обследования

При болезни Гентингтона применяется + _____ + терапия

- клеточная
- симптоматическая
- хирургическая
- этиопатогенетическая

Для коррекции дезадаптирующей хореи при болезни Гентингтона может быть рекомендован

- ривастигмин
- пирацетам
- амантадин
- тетрабензин

Механизмом действия тетрабензина является

- блокада фермента холинэстеразы в центральной нервной системе

- ингибирование связи глутамата с NMDA-рецепторами
- ингибирование переноса дофамина в синапсах экстрапирамидной системы
- увеличение переноса дофамина через синапсы

Если лечение тетрабеназином противопоказано или неэффективно, рекомендуется применение + _____ + препаратов

- антихолинергических
- дофаминергических
- нейролептических
- антиэпилептических

Агрессивное поведение и психозы при данном заболевании рекомендуется корректировать назначением

- транквилизаторов
- препаратов L-дофы
- антидепрессантов
- нейролептиков

В случае появления у пациентки ригидности, акатизии рекомендуется

- транквилизаторов
- препаратов L-дофы
- антидепрессантов
- нейролептиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 21 года доставлена в неврологическое отделение многопрофильного стационара.

Жалобы

На развившееся в течение трех дней онемение и слабость в ногах вплоть до невозможности ходьбы, онемение в руках, затруднение при самообслуживании.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, подобное состояние развилось без видимых причин. Лихорадки, предшествующих инфекционных заболеваний не было. При детальном расспросе выяснилось, что в течение последнего месяца вдыхает закись азота на вечеринках.

Анамнез жизни

Аллергологический анамнез: не отягощен.
Наследственный анамнез: не отягощен.
Контактов с инфекционными больными не было.

Объективный статус

Соматический статус: Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски, сухие, чистые. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 72 минуту. АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: В ясном сознании. Менингеальных и общемозговых симптомов нет. Зрачки равные, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Дисфонии, дизартрии, дисфагии нет. Язык по средней линии. Легкий вялый тетрапарез. В проксимальных мышцах рук сила 5 баллов, в кистях – 4 балла. В проксимальных мышцах ног – 4 балла, в дистальных мышцах

– 3 балла. Снижение поверхностной чувствительности по типу высоких носков и перчаток, грубое расстройство глубокой чувствительности в ногах (до колен) и руках (кисти). Сухожильные рефлексy в ног отсутствуют, с рук снижены. Патологических знаков нет. Гипотония. В позе Ромберга неустойчива, при закрывании глаз падает. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробу выполняет с интенционным дрожанием. При выполнении проб с закрытыми глазами расстройства координации нарастают. Тазовые функции не нарушены. Эмоционально лабильна.

Ведущим клиническим синдромом у пациентки является

- центральный тетрапарез
- мозжечковая атаксия
- сенсомоторная полинейропатия
- дрожательный гиперкинез

Усиление нарушений координации при выключении контроля зрения носит название + _____ + атаксии

- сенситивной
- динамической
- вестибулярной
- статической

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- наследственной сенсорно-моторной полиневропатией
- цервикальной миелопатией
- наследственной сенсорно-вегетативной полиневропатией
- острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатией

Инструментальным методом обследования, наиболее информативным для постановки диагноза, является

- наследственной сенсорно-моторной полиневропатией
- цервикальной миелопатией
- наследственной сенсорно-вегетативной полиневропатией
- острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатией

Результаты инструментального метода обследования

Лабораторным методом, необходимым для постановки диагноза, является исследование уровня

- наследственной сенсорно-моторной полиневропатией
- цервикальной миелопатией
- наследственной сенсорно-вегетативной полиневропатией
- острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатией

Результаты лабораторного метода обследования

Непосредственной причиной неврологических расстройств является

- повышенное содержание глюкозы
- накопление меди
- нарушение синтеза метионина
- дефицит пиридоксина

На основании анамнеза, клинического и инструментального исследований у пациентки можно диагностировать

- повышенное содержание глюкозы
- накопление меди
- нарушение синтеза метионина
- дефицит пиридоксина

Диагноз

Пациентке рекомендована консультация

- хирурга
- фтизиатра
- гематолога
- кардиолога

Для лечения пациентке рекомендовано назначение инъекций витамина

- B6
- E
- B12
- C

Поражение нервной системы при дефиците витамина B12 в первую очередь характеризуется вовлечением

- полушарий мозжечка
- спинного мозга
- базальных ганглиев
- слуховых нервов

Одной из частых причин развития дефицита витамина B12 у пожилых является

- хроническая почечная недостаточность
- хронический алкоголизм
- хронический гепатит
- атрофический гастрит с ахлоргидрией

Для купирования возможного болевого синдрома препаратами выбора являются

- хроническая почечная недостаточность
- хронический алкоголизм
- хронический гепатит
- атрофический гастрит с ахлоргидрией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 42 лет обратилась к неврологу поликлиники.

Жалобы

На приступы резкой, мучительной, стреляющей боли в области нижней челюсти справа.

Анамнез заболевания

Заболела остро, после переохлаждения появились приступы резкой мучительной, стреляющей боли в области нижней челюсти справа, продолжительностью 30-40 сек., повторяются до 15-20 раз в сутки. Приступ провоцируется разговором, жеванием, приемом острой пищи, незначительным раздражением внутренней стороны правого угла рта, слизистой оболочки нижней губы. Приступы боли в лице возникают мгновенно,

многократно повторяясь, носят мучительный характер и локализуются в области скуловой дуги, иррадируя к верхнему краю уха, а затем на границу правой лобно-теменной области.

Анамнез жизни

Хронических заболеваний нет. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 73 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 78 уд/мин, АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

В неврологическом статусе: Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Парезов, нарушений чувствительности, координаторных нарушений нет. Выявляется эмоциональная лабильность, вегетативная неустойчивость, астенизация, болезненность точек выхода тригеминальных точек справа, гипестезия в области верхней губы, скуловой дуги справа.

Методами исследования, необходимыми для уточнения причины болевого синдрома в данном случае, являются

- хроническая почечная недостаточность
- хронический алкоголизм
- хронический гепатит
- атрофический гастрит с ахлоргидрией

Результаты обследования

Зоны, прикосновение к которым провоцирует болевой приступ, называются

- болевыми
- курковыми
- щипковыми
- рецепторными

Предполагаемый основной диагноз

- болевыми
- курковыми
- щипковыми
- рецепторными

Диагноз

Важным дифференциально-диагностическим критерием диагноза является

- наличие триггерных зон
- наличие семейного анамнеза
- односторонний характер головной боли
- сопутствующая вегетативная симптоматика

Заболевание пациентки необходимо дифференцировать с

- субарахноидальным кровоизлиянием
- опухолью мосто-мозжечкового угла
- головной болью напряжения
- бактериальным менингитом

Самой частой причиной идиопатической невралгии тройничного нерва является(-ют)ся

- нейроваскулярный конфликт
- невринома VIII пары черепных нервов
- заболевания соединительной ткани
- Herpes zoster

Чтобы исключить симптоматический характер заболевания, пациентке необходимо назначить консультацию

- психиатра, хирурга
- терапевта, хирурга
- терапевта, психиатра
- ЛОР, стоматолога

С учетом выявленных изменений на МР-ангиографии, пациентке необходимо назначить консультацию

- нейрохирурга
- психиатра
- ЛОР-врача
- стоматолога

Наиболее эффективными препаратами для купирования болевого синдрома являются

- бензидиазепины
- анестетики
- антиконвульсанты
- кортикостероиды

В качестве базисной терапии пациентке показано назначение пролонгированной формы

- индометацина
- преднизолона
- карбамазепина
- лоратадина

При неэффективности медикаментозной терапии возможно выполнение

- сосудистой декомпрессии
- пункции фронтальной пазухи
- пункции гайморовой пазухи
- мастоидэктомии

У молодых пациентов самой частой причиной симптоматической невралгии тройничного нерва является

- сосудистой декомпрессии
- пункции фронтальной пазухи
- пункции гайморовой пазухи
- мастоидэктомии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 40 лет обратилась к неврологу поликлиники.

Жалобы

На боли в области половины лба и верхнего века справа. Боль постоянная, жгучая, изнуряющая, периодически усиливается до очень интенсивной.

Анамнез заболевания

Примерно 6-7 месяцев назад болела ОРВИ, на лбу появились красные высыпания с зудом, которые через несколько дней приобрели вид пузырьков с прозрачным содержимым. Беспокоили боли и онемение в этой области. К врачу не обращалась, симптоматика прошла самостоятельно.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает в супермаркете кассиром.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 171 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В области лба несколько пятен депигментации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/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.

В неврологическом статусе: Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Гипестезия правой половины лба. Парезов, координаторных нарушений не выявлено.

Локализация боли и гипестезии соответствует зоне иннервации + _____ + нерва

- затылочного
- II ветви тройничного
- I ветви лицевого
- I ветви тройничного

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- молекулярно-генетический
- клинический
- лабораторный
- инструментальный

Высыпания в виде пузырьков на лбу у пациентки в анамнезе заболевания соответствовали

- экссудативному нейродермиту
- герпетическому ганглиониту
- герпетическому васкулиту
- ветряной оспе

Предполагаемый основной диагноз звучит как

- экссудативному нейродермиту
- герпетическому ганглиониту
- герпетическому васкулиту
- ветряной оспе

Диагноз

Особенностью болевого синдрома при диагностированной патологии является

- наличие семейного анамнеза
- односторонний характер головной боли
- сопутствующая вегетативная симптоматика
- соответствие зоне иннервации пораженного корешка

Наиболее эффективными препаратами для купирования болевого синдрома являются

- кортикостероиды
- нейролептики
- антидепрессанты
- антиагреганты

Также возможно назначение

- бензодиазепинов
- кортикостероидов
- антибиотиков
- антиконвульсантов

Для усиления терапевтического воздействия возможно местное применение

- преднизолона
- лоратадина
- лидокаина
- индометацина

В остром периоде заболевания пациентке необходимо было назначить

- индометацин
- лоратадин
- валацикловир
- цефазолин

Самой частой причиной идиопатической невралгии тройничного нерва является

- невринома VIII пары черепных нервов
- нейроваскулярный конфликт
- заболевания соединительной ткани
- Herpes zoster

I ветвь тройничного нерва наиболее часто поражается при

- аневризме средней мозговой артерии
- аневризме базилярной артерии
- опоясывающем герпесе
- опухоли мосто-мозжечкового угла

У молодых пациентов самой частой причиной симптоматической невралгии тройничного нерва является

- аневризме средней мозговой артерии
- аневризме базилярной артерии
- опоясывающем герпесе
- опухоли мосто-мозжечкового угла

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Родители мальчика 5 лет обратились к врачу-неврологу в поликлинику по месту жительства

Жалобы

Родители и воспитательница детского сада обратили внимание, что ребенок стал менее активен, «чаще присаживается отдохнуть», с трудом поднимается по лестнице, изменилась походка

Анамнез заболевания

Родители мальчика клинически здоровы, как и их дочь – сестра пациента

Анамнез жизни

Наличие хронических заболеваний, нейроинфекции и ЧМТ родители отрицают

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 80 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Неврологический статус:

Функции ЧМН сохранены. Сила мышц симметрично снижена в проксимальных отделах конечностей до 4 баллов. Визуально и пальпаторно мышцы не изменены. Сухожильные рефлексы симметрично снижены. Патологических рефлексов нет. Из положения сидя встает с опорой на руки, по лестнице поднимается с опорой на перила. При ходьбе отмечается усиление поясничного лордоза. Болевая и вибрационная чувствительность не нарушена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

При данной клинической картине наиболее информативным лабораторным показателем является

- аневризме средней мозговой артерии
- аневризме базилярной артерии
- опоясывающем герпесе
- опухоли мосто-мозжечкового угла

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- аневризме средней мозговой артерии
- аневризме базилярной артерии
- опоясывающем герпесе
- опухоли мосто-мозжечкового угла

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом клинической картины, возраста, течения, результатов лабораторных и инструментальных исследований стоит рекомендовать пациенту ДНК-диагностику, чтобы выявить наличие/отсутствие мутации в гене

- аневризме средней мозговой артерии
- аневризме базилярной артерии
- опоясывающем герпесе
- опухоли мосто-мозжечкового угла

Результаты обследования

В качестве дополнительного метода обследования следует рекомендовать проведение

- аневризме средней мозговой артерии
- аневризме базилярной артерии
- опоясывающем герпесе
- опухоли мосто-мозжечкового угла

Результаты обследования

На основании клинической картины, анамнеза, данных дополнительного обследования, можно поставить диагноз

- аневризме средней мозговой артерии
- аневризме базилярной артерии
- опоясывающем герпесе
- опухоли мосто-мозжечкового угла

Диагноз

Стадией заболевания у пациента является

- 2
- 1
- 3
- 4

Для миодистрофии Дюшенна характерен симптом

- Вассермана
- Клода-Бернара-Горнера
- Россолимо
- Говерса

Прогрессирующая миодистрофия Дюшенна наследуется по + _____ + типу

- Х-сцепленному рецессивному
- аутосомно-доминантному
- Х-сцепленному доминантному
- аутосомно-рецессивному

Медикаментозная терапия должна включать

- метотрексат
- карбамазепин
- преднизолон
- мидокалм

Из немедикаментозных методов лечения следует рекомендовать

- лечебную гимнастику
- гирудотерапию
- ботулинотерапию
- лимфодренаж

Причиной летального исхода при миодистрофии Дюшенна является

- отек головного мозга
- острая почечная недостаточность
- сердечно-легочная недостаточность
- уросепсис

Для миодистрофии Дюшенна характерно + _____ + течение

- отек головного мозга
- острая почечная недостаточность
- сердечно-легочная недостаточность
- уросепсис

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 22 лет обратился к врачу-неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, плохую переносимость физических нагрузок, слабость в ногах, затруднения при подъеме по лестнице

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 4-5 лет, когда стал быстро уставать при обычных для него физических нагрузках: бег, быстрая ходьба. Перестал подтягиваться на перекладине. Постепенно присоединились затруднения при подъеме по лестнице, отжимании от пола.

Родители пациента, его брат и сестра клинически здоровы. Слабость в ногах отмечалась у бабушки пациента по линии отца, которая появилась в совершеннолетнем возрасте и медленно прогрессировала. После 40 лет передвигался в инвалидном кресле. Обследован не был, диагноз не установлен.

Анамнез жизни

Из хронических заболеваний – сердечная недостаточность.

Нейроинфекции и ЧМТ отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус. Функции ЧМН сохранены. Сила симметрично снижена в мышцах плечевого и тазового пояса до 3 баллов. При пробе с вставанием из положения лежа в положение стоя помогает себе руками, переступая по частям своего тела, как по лестнице. Походка «переваливающаяся», усилен поясничный лордоз. Визуальная гипертрофия задних групп мышц голени. При пальпации – мышцы плотные. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

При данной клинической картине наиболее информативным лабораторным показателем является

- отек головного мозга
- острая почечная недостаточность
- сердечно-легочная недостаточность
- уросепсис

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- отек головного мозга
- острая почечная недостаточность
- сердечно-легочная недостаточность
- уросепсис

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом отягощенного по нервно-мышечным заболеваниям семейного анамнеза, клинической картины, возраста дебюта, характера течения, результатов лабораторных и инструментальных исследований, следует рекомендовать пациенту проведение ДНК-диагностики с целью выявления мутации в гене

- отек головного мозга
- острая почечная недостаточность
- сердечно-легочная недостаточность
- уросепсис

Результаты обследования

В качестве дополнительного метода обследования пациенту следует рекомендовать

- отек головного мозга
- острая почечная недостаточность
- сердечно-легочная недостаточность
- уросепсис

Результаты обследования

С учетом семейного анамнеза можно предположить наследование заболевания по + _____ + типу

- Х-сцепленному рецессивному
- Х-сцепленному доминантному
- аутосомно-рецессивному
- аутосомно-доминантному

На основании клинической картины, семейного анамнеза, данных дополнительного обследования, можно поставить диагноз

- Х-сцепленному рецессивному
- Х-сцепленному доминантному
- аутосомно-рецессивному
- аутосомно-доминантному

Диагноз

Дополнительно пациенту следует рекомендовать консультацию

- психиатра
- уролога
- кардиолога
- гастроэнтеролога

Из немедикаментозных методов лечения пациентам с миодистрофией Беккера рекомендована

- гирудотерапия
- лечебная гимнастика
- апитерапия
- мануальная терапия

При нарушении сердечного ритма показано(-а)

- протезирование аортального клапана
- протезирование митрального клапана
- коронарная ангиопластика

- имплантация кардиостимулятора

Выявленная у пациента походка называется

- степпаж
- атактическая
- спастическая
- «утиная»

Выявленные у пациента дополнительные приемы, которые он использует при вставании, носят название симптома

- Говерса
- Оппенгейма
- Россолимо
- Тремнера

Для миодистрофии Беккера характерно + _____ + течение

- Говерса
- Оппенгейма
- Россолимо
- Тремнера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 18 лет доставлен в стационар через час после травмы

Жалобы

* На тошноту, головокружение, головную боль, амнезирует события, предшествующие травме; также не может припомнить момент получения травмы.

Анамнез заболевания

Со слов очевидцев: на молодого человека напали двое неизвестных с целью ограбления, ударили битой по голове и скрылись; со слов тех же очевидцев – у пациента в течение короткого времени наблюдалось отсутствие сознания. До прибытия машины СМП пациент очнулся, пожаловался на головокружение, тошноту, головную боль, отмечалась однократная рвота. Доставлен в стационар через час после происшествия.

Анамнез жизни

* Курит с 17 лет, периодически употребляет алкоголь.

* Профессиональных вредностей не имеет

* В детстве перенес ветрянку; переболел гепатитом А.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Масса тела – 70 кг, рост – 175 см. Температура тела – 36,4°C. Кожные покровы чистые, слегка бледные. Кожные покровы волосистой части головы не повреждены. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 90 в минуту, АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Неврологический статус: сознание ясное; пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности; менингеальные знаки отсутствуют. Глазные щели равномерные. Движение глазных яблок сохранено, не нарушено; конвергенция и аккомодация не нарушены, зрачки округлой формы OD=OS. Фотореакции (прямая и содружественная) симметричны. Мелкоразмашистый установочный горизонтальный нистагм при краевых отведениях глазных яблок. Роговичные рефлексы сохранены, 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 выполнил удовлетворительно. Тазовые функции контролирует. Не помнит события, предшествующие травме, и обстоятельства травмы. Новую информацию запоминает и воспроизводит в полном объеме.

Относительным противопоказанием к проведению КТ головного мозга является

- нестабильность гемодинамики
- наличие генерализованных судорог
- терапия антиагрегантами
- носовое кровотечение

Для исключения внутричерепных нарушений пациенту требуется провести

- нестабильность гемодинамики
- наличие генерализованных судорог
- терапия антиагрегантами
- носовое кровотечение

Результаты обследования

Методом диагностики для выявления степени нарушения высших корковых функций головного мозга является

- нестабильность гемодинамики
- наличие генерализованных судорог
- терапия антиагрегантами
- носовое кровотечение

Результаты обследования

Повторение КТ головного мозга при легкой ЧМТ целесообразно

- перед выпиской из стационара
- через 24 часа после травмы
- через 6 месяцев после травмы
- при наличии неврологической симптоматики

На основании полученных анамнестических данных и результатов клинико-инструментальных методов исследования, можно поставить диагноз

- перед выпиской из стационара
- через 24 часа после травмы
- через 6 месяцев после травмы
- при наличии неврологической симптоматики

Диагноз

Лечение данного пациента должно проводиться в + _____ + условиях

- реанимационных
- амбулаторных
- стационарных
- санаторно-курортных

В остром периоде сотрясения головного мозга проводится + _____ + терапия

- симптоматическая
- тромболитическая
- антикоагулянтная
- антибактериальная

С профилактической целью противосудорожные препараты

- не назначают
- назначают при головных болях
- назначают при нарушениях сна
- назначают при дисфории

Препаратом выбора при нарушениях сна у пациента является

- соннапакс
- неуптил
- прегабалин
- золпидем

Фактором риска для развития интракраниальной патологии после лёгкой ЧМТ является + _____ + в госпитальном периоде

- синусовая тахикардия
- артериальная гипертензия
- артериальная гипотензия
- судорожный синдром

Сроки временной нетрудоспособности при сотрясении головного мозга составляют + _____ + дней

- 30
- 14
- 7
- 25

При наличии жалоб в отдалённом периоде сотрясения головного мозга повторное нейропсихологическое тестирование целесообразно провести не ранее, чем через + _____ + месяцев после получения травмы

- 30
- 14
- 7
- 25

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 31 лет доставлен в приемный покой бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

На момент осмотра жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Со слов жены, 8 дней назад пациент во время возвращения домой поскользнулся и ударился головой об

асфальт. Периодически кратковременно терял сознание, длительность этих периодов назвать не может. За помощью не обращался. На протяжении первых суток после травмы пациент предъявлял жалобы на тошноту и головную боль. Приступы тошноты через сутки прошли, в то время как головная боль сохранялась. За день до госпитализации, с утра головная боль усилилась, вновь возникла тошнота, сопровождающаяся рвотой, не приносящей облегчения. Вечером к описанным выше симптомам прибавились сонливость и спутанность речи. В связи с этим жена больного вызвала бригаду СМП, пациент был доставлен в стационар.

Анамнез жизни

Раннее развитие соответственно возрасту. Имеет незаконченное высшее образование, работает продавцом-консультантом. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки более 8 лет. Изредка выпивает, не курит, наркотиков не употребляет, профессиональные вредности отрицает. Аллергия на эритромицин.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 77 кг, рост – 182 см. Температура тела – 36,8°C. Физикальное обследование по органам и системам без особенностей. ЧСС – 72 в минуту, АД – 115/80 мм рт.ст. При осмотре: уровень сознания – 11 баллов по шкале ком Глазго. Пациент сонлив, лежит с закрытыми глазами, которые открываются только при громком обращении или болевом раздражении; на обращенную речь отвечает спутанно, нечленораздельно, односложно; пациент быстро истощается. Зрачки OS

Обязательным методом обследования является

- 30
- 14
- 7
- 25

Результаты обследования

Двигательные расстройства проявляются в виде

- гемипареза
- трипареза
- тетрапареза
- парапареза

Гемипарез является

- смешанным
- периферическим
- экстрапирамидным
- центральным

Больному можно поставить диагноз

- смешанным
- периферическим
- экстрапирамидным
- центральным

Диагноз

Пациент должен быть госпитализирован в отделение

- хирургии
- неврологии
- нейрохирургии

- травматологии

Показанием для хирургического лечения является смещение срединных структур головного мозга более + _____ + мм

- 5
- 10
- 2
- 3

Наиболее распространенным методом нехирургической коррекции внутричерепной гипертензии является использование

- гипоосмолярных растворов
- глюкокортикостероидных препаратов
- тиазидных диуретиков
- гиперосмолярных растворов

Рациональная интенсивная терапия основывается на

- мониторинге жизненно важных функций
- анализе механизма травмы
- продолжительности потери сознания
- степени угнетения сознания

При недостаточной эффективности инфузионной терапии для повышения центрального перфузионного давления необходимо использовать

- нейролептики
- симпатомиметики
- холинолитики
- адреноблокаторы

Осложнением терапии гиперосмолярными растворами является

- увеличение количества мочи
- повышение температуры тела
- колебание показателей АД
- острая почечная недостаточность

Прогностическим фактором неблагоприятного исхода является

- повышение температуры тела
- периодическое психомоторное возбуждение
- нестабильность артериального давления
- смещение срединных структур мозга более 10 мм

Субдуральная гематома располагается между

- повышение температуры тела
- периодическое психомоторное возбуждение
- нестабильность артериального давления
- смещение срединных структур мозга более 10 мм

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Р. 22 лет обратился на приём к врачу-неврологу

Жалобы

На приступы с потерей сознания, судорогами, прикусом языка, чаще в утреннее время, после пробуждения, с частотой до 1 раза в месяц; сниженный фон настроения, вспыльчивость, раздражительность. Также отмечаются приступы «зависания», во время которых пациент не реагирует на обращённую речь, в течение 3-5 секунд, частотой до 2 раз в неделю.

Анамнез заболевания

В 19 летнем возрасте на фоне недосыпания после семейного застолья впервые произошёл приступ с потерей сознания, генерализованными тонико-клоническими судорогами во всех группах мышц, прикусом языка. К врачу не обращался, терапию не принимал. Следующий аналогичный приступ — полгода назад, затем с частотой до 1 раза в месяц. «Зависания» беспокоят около 5 лет.

Анамнез жизни

Рождён от 2 беременностей, 2 родов. В возрасте 3 месяцев — фебрильные судороги. Рос и развивался соответственно возрасту. Образование — средне-специальное. В настоящий момент не работает. У родственников психиатрических и неврологических заболеваний не отмечает. Курит до 1 пачки сигарет в день, алкоголь не употребляет. Аллергии на лекарственные препараты 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 76 в минуту, АД 125/75 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. Координаторные пробы с интенцией с 2 сторон. Тазовые функции контролирует.

Для постановки диагноза необходимо провести

- аускультацию сердца
- оценку тонуса шейных мышц
- тщательный расспрос жалоб и анамнеза
- монреальный когнитивный тест

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- аускультацию сердца
- оценку тонуса шейных мышц
- тщательный расспрос жалоб и анамнеза
- монреальный когнитивный тест

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, анамнез и данные инструментального обследования, больному можно поставить диагноз + _____ + эпилепсия

- аускультацию сердца
- оценку тонуса шейных мышц
- тщательный расспрос жалоб и анамнеза

- монреальский когнитивный тест

Диагноз

Приступы «зависания» у данного пациента следует классифицировать как

- синкопальные состояния
- цингулярные приступы
- типичные абсансы
- постуральные феномены

Препаратом выбора для лечения данного пациента является

- вальпроевая кислота
- фенитоин
- окскарбазепин
- карбамазепин

Титрование дозы вальпроевой кислоты осуществляется на + _____ + мг в неделю

- 100-150
- 50-100
- 25-50
- 250-300

При назначении препаратов вальпроевой кислоты необходимо контролировать

- артериальное давление
- международное нормализованное отношение
- частоту пульса
- концентрацию препарата в крови

Противопоказанием к назначению карбамазепина для стартовой терапии у данного пациента является

- наличие приступов по утрам
- наличие абсансов
- мужской пол
- молодой возраст

При недостаточной эффективности правильно подобранной монотерапии, возможна политерапия. Как правило, политерапия целесообразна после не менее чем + _____ + последовательных попыток применения препаратов в режиме монотерапии

- 2
- 5
- 4
- 3

Показанием к госпитализации может (могут) послужить

- колебания артериального давления
- появление головной боли после начала лечения
- развитие эпилептического статуса
- необходимость дообследования пациента

Отмену противоэпилептической терапии проводят, как правило, не менее чем через + _____ + года/лет после полного прекращения приступов

- 6-7
- 2-3
- 5-6
- 4

Эпилептический приступ, в отличие от обморока, провоцируется

- 6-7
- 2-3
- 5-6
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Дочь привела к неврологу свою 68-летнюю мать

Жалобы

На повышенную забывчивость, чувство тревоги, беспокойства, внутреннего напряжения, нехватку воздуха, периодическую потливость, бессонницу в виде трудностей засыпания, сниженный фон настроения

Анамнез заболевания

5-6 лет назад, со слов дочери, у пациентки постепенно стала нарушаться память, пропал интерес к окружающему миру. В последние несколько месяцев, мать перестала выполнять свою обычную повседневную работу по дому, три дня назад забыла выключить утюг из розетки. Несколько раз уходила из дома, никого не предупреждая, терялась на улице, не могла найти свой дом и возвращалась с сопровождающими её соседями. Со слов дочери, пациентка стала менее внимательной, плохо концентрируется, эмоционально лабильна.

К врачу с данной проблемой обращаются впервые, после того как пациентка в очередной раз без предупреждения ушла из дома, оставив на гладильной доске включенный утюг.

Анамнез жизни

Пенсионерка. Работала до 60 лет школьным библиотекарем. Вредных привычек нет. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, грипп, односторонняя пневмония в детстве. Из операций: аппендэктомия в 37 лет, закрытый перелом лучевой кости в 43 года. Гипертоническая болезнь с 55 лет, получает антигипертензивную терапию: фиксированную комбинацию винпоцетин 2,5 мг + индапамид 0,75 мг + метопролол 25 мг + эналаприл 5 мг 1 таб. утром. "Рабочее" давление не превышает 130/80 мм рт.ст. Ранее проживала одна в собственной квартире, полгода назад переехала к дочери из-за бытовых трудностей. ОНМК, ЧМТ не было. Наследственность по психическим расстройствам, в том числе когнитивным нарушениям, не отягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 166 см, масса тела – 76 кг. Температура тела – 36,6°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. АД – 130/75 мм рт.ст., ЧСС – 68 в минуту. Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентация в месте сохранена, ориентация во времени и собственной личности неправильная, не называет день, путает своё отчество. Эмоции скудные. Настроение ближе к сниженному. В контакт вступает только после прямого обращения дочери. Глазные щели одинаковые. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Язык по средней линии. Дисфагии нет. Речь скудная. Мышечный тонус в пределах нормы. Мышечная сила 4 балла. Сухожильные рефлексы в норме, D=S. Патологических рефлексов не выявлено. Чувствительных расстройств не предъявляет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Проба на адиадохокинез отрицательная. В позе Ромберга устойчива. Тазовые функции контролирует.

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). 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 имеющихся когнитивных нарушений необходимо выполнить

- 6-7
- 2-3
- 5-6
- 4

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- 6-7
- 2-3
- 5-6
- 4

Результаты инструментальных методов обследования

В неврологическом статусе ведущим является синдром + _____ + нарушений

- вегетативных
- чувствительных
- двигательных
- когнитивных

У пациентки выявляется + _____ + агнозия

- пространственная
- зрительно-предметная
- симультанная
- лицевая

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

- лёгкие
- выраженные
- умеренные
- субъективные

Специфические особенности когнитивных расстройств свидетельствуют о поражении

- передне-вентральных отделов лобных долей головного мозга
- затылочно-височных отделов головного мозга
- верхних отделов теменных долей головного мозга
- гиппокампа

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

- недостаточности периферического кровообращения
- вегетативной недостаточности
- генерализованной тревоги
- депрессивных нарушений

Предполагаемым основным диагнозом является

- недостаточности периферического кровообращения
- вегетативной недостаточности
- генерализованной тревоги
- депрессивных нарушений

Диагноз

Для уменьшения выраженности когнитивных нарушений в первую очередь следует назначить

- ривастигмин
- пентоксифиллин
- дигидроэргокриптин
- бенфотиамин

Для уменьшения выраженности тревожных расстройств пациентке можно назначить

- пароксетин
- галоперидол
- феназепам
- amitриптилин

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

- пирибедил
- мемантин
- токоферол
- цитофлавин

Наиболее доказательной стратегией профилактики прогрессирования когнитивных нарушений у пациентки является

- пирибедил
- мемантин
- токоферол
- цитофлавин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная И. 45 лет, после обращения в поликлинику по месту жительства была направлена в неврологическое отделение клиники

Жалобы

На:

- * выраженную слабость в ногах;
- * слабость в правой руке;
- * пошатывание при ходьбе;
- * двоение при взгляде влево.

Анамнез заболевания

Первый раз слабость в ногах отметила около 5 лет назад. Слабость возникала только при длительной ходьбе и самостоятельно регрессировала через 2 недели. Весной прошлого года произошло резкое ухудшение в виде появления выраженной слабости в ногах, практически не вставала с кровати. Была госпитализирована и после курса гормонотерапии состояние больной улучшилось – сила в ногах возросла, она стала ходить и продолжала работать. Несколько дней назад без видимой причины снова увеличилась слабость в ногах, появились слабость в руке, двоение и пошатывание при ходьбе. Колебаний артериального давления не было.

Анамнез жизни

- * Профессиональный анамнез: имеет высшее образование, работает учителем.
- * Наследственный анамнез: отец умер от пневмонии в 71 год.
- * В детстве переболела инфекционным мононуклеозом.
- * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения. Кожные покровы физиологической окраски и влажности.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 66 в 1 минуту. АД 110/65 мм рт.ст.

Язык влажный розовый. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. Сон и аппетит не нарушены.

Неврологический статус: сходящееся косоглазие, не доводит левое глазное яблоко кнаружи. Двоение при взгляде прямо, усиливающее при взгляде влево. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде в стороны и вертикальный - при взгляде вверх. Снижение мышечной силы в правой руке до 4 баллов, в правой ноге до 2 баллов, в левой ноге до 4 баллов. Мышечный тонус в руках не изменён, в ногах - повышен по спастическому типу. Симптомы Бабинского и Россолимо с двух сторон. Правосторонняя гемигипестезия. Нарушение глубокой чувствительности на нижних конечностях с двух сторон. Интенционное дрожание при выполнении координаторных проб слева, затруднение при мочеиспускании.

Необходимым инструментальным методом для постановки диагноза является

- пирибедил
- мемантин
- токоферол
- цитофлавин

Результаты инструментального метода обследования

К дополнительному для постановки диагноза лабораторному методу обследования относят

- пирибедил
- мемантин
- токоферол
- цитофлавин

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая анамнез, жалобы, клиническую картину и результаты инструментальных исследований, больной можно поставить диагноз

- пирибедил
- мемантин
- токоферол
- цитофлавин

Диагноз

У данной пациентки тип течения заболевания называется

- псевдотуморозным
- ремиттирующим
- первично-прогрессирующим
- вторично-прогрессирующим

Двоение, наблюдаемое у пациентки, обусловлено поражением + _____ + нерва

- левого глазодвигательного
- правого блокового
- правого отводящего
- левого отводящего

Симптомом, НЕ характерным для рассеянного склероза, является

- сенсорная афазия
- горизонтальный нистагм
- симптом Бабинского
- нарушение мочеиспускания

Рассеянный склероз в большинстве случаев дебютирует в возрасте

+ _____ + лет

- 40-60
- 10-15
- 65-70
- 18-30

Данной пациентке необходимо назначить

- внутривенную кортикостероидную пульс-терапию
- пероральный прием антикоагулянтов
- внутривенное введение антибиотиков
- внутримышечное введение кортикостероидов

Противопоказанием для назначения кортикостероидной терапии является

- бронхиальная астма
- ревматоидный артрит
- хронический гломерулонефрит
- язвенная болезнь желудка

Препаратом, который можно рекомендовать пациентке для изменения течения рассеянного склероза, является

- интерферон альфа
- интерферон гамма
- интерферон бета

- внутривенный иммуноглобулин

Во время лечения препаратами интерферона бета необходимо контролировать функцию

- гипофиза
- почек
- поджелудочной железы
- печени

Нарушение зрения, часто встречающееся при рассеянном склерозе, обусловлено поражением

- гипофиза
- почек
- поджелудочной железы
- печени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 39 лет, доставлен в приемное отделение городской больницы бригадой СМП

Жалобы

Не предьявляет. Со слов жены жалобы на угнетение сознания, вялость речи, слабость в правой руке и ноге

Анамнез заболевания

Вечером, после рабочего дня, пациент начал жаловаться на головные боли и головокружение, слабость в правых руке и ноге, измерил АД, которое было 180/90 мм рт.ст. через 20 минут начало угнетаться сознание, речь стала вялой и непонятной, что заметила жена. Жена вызвала СМП, пациент был доставлен в приемное отделение городской больницы.

Анамнез жизни

Курит, алкоголь не употребляет. Травмы, операции отрицает. Хронические заболевания: артериальная гипертензия 2 ст. повышения АД, риск ССО 3, сахарный диабет 2-го типа, ожирение 2. За последние 6 месяцев контактов с инфекционными больными не имел. Гепатиты В и С, ВИЧ, туберкулез отрицает.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Температура тела 36,8 градусов. Кожные покровы гиперемированы. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, розовый. Дыхание свободное, везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 140/80 мм рт.ст, Ps 60 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Физиологические функции не нарушены.

Неврологический статус: Оглушение 2. Зрачки равные D=S. За молоточком не следит. Чувствительность на лице сохранена. Сглажена правая носогубная складка. Язык в полости рта. Мышечная сила в левой руке 5 баллов, в правой 3 балла. Тонус в руках не изменен. Рефлексы с рук живые, D

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- гипофиза
- почек
- поджелудочной железы
- печени

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- гипофиза
- почек
- поджелудочной железы
- печени

Результаты инструментальных методов обследования

Оценка нарушения сознания при поражении головного мозга проводится с помощью шкалы

- визуальной аналоговой
- комы Глазго
- оценки произвольных движений
- оценки психического статуса

На основании анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных данных в качестве основного диагноза предполагается

- визуальной аналоговой
- комы Глазго
- оценки произвольных движений
- оценки психического статуса

Диагноз

Консервативное лечение при внутримозговом кровоизлиянии предполагается при наличии

- дислокации срединных структур
- симптомов отёка головного мозга
- очаговой неврологической симптоматики
- внутримозговой гематомы малого объёма

Для определения тактики лечения пациента необходима консультация

- гастроэнтеролога
- хирурга
- кардиолога
- нейрохирурга

Реабилитацию пациента с внутримозговым кровоизлиянием следует начинать на + _____ + сутки после развития заболевания

- 6-7
- 2-3
- 8-10
- 4-5

Оценка инвалидности при инсульте проводится с помощью шкалы

- Роланда-Морриса
- Освестри
- Рэнкина
- Бека

При постинсультной спастичности наиболее эффективным немедикаментозным методом лечения является

- массаж

- лечебная гимнастика
- иглорефлексотерапия
- электростимуляция

Необходимым направлением вторичной профилактики инсульта у пациента является + _____ + терапия

- нейропротективная
- антиоксидантная
- антигипертензивная
- антикоагулянтная

Для лечения отёка головного мозга используют

- осмотические диуретики
- нейролептики
- антагонисты альдостерона
- барбитураты

Из всех разновидностей инсульта головная боль наиболее часто возникает при

- осмотические диуретики
- нейролептики
- антагонисты альдостерона
- барбитураты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 50 лет, доставлен в приемное отделение городской больницы бригадой скорой медицинской помощи в 10.00 часов.

Жалобы

На асимметрию лица, слабость в правой руке и правой ноге, головокружение

Анамнез заболевания

Сегодня в 7.00 утра (3 часа назад) пациент проснулся по будильнику на работу и обнаружил слабость в правой руке и ноге. Жена пациента отметила асимметрию лица и вызвала бригаду скорой медицинской помощи, мужчина был доставлен в приемное отделение городской больницы

Анамнез жизни

Не курит, алкоголь не употребляет. Травмы, операции отрицает. Хронические заболевания: артериальная гипертензия 1 степени повышения АД, риск ССО 3, сахарный диабет 2-го типа. За последние 6 месяцев контактов с инфекционными больными не имел. Гепатиты В и С, ВИЧ, туберкулез отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8 градусов. Кожные покровы бледные. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, розовый. Дыхание свободное, везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 140/80 мм рт.ст, Ps 60 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Физиологические функции не нарушены.

Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентирован всесторонне правильно. Зрачки равные D=S.

Движение глазных яблок в полном объеме. Конвергенция сохранена. Чувствительность на лице сохранена.

Сглажена носогубная складка справа. Язык с девиацией вправо. Мышечная сила в левой руке 5 баллов, в правой 3 балла. Тонус в руках не изменен. Рефлексы с рук живые, D

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- осмотические диуретики
- нейролептики
- антагонисты альдостерона
- барбитураты

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- осмотические диуретики
- нейролептики
- антагонисты альдостерона
- барбитураты

Результаты инструментальных методов обследования

На основании анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных данных, в качестве основного диагноза предполагается

- осмотические диуретики
- нейролептики
- антагонисты альдостерона
- барбитураты

Диагноз

Область нарушения кровоснабжения головного мозга соответствует бассейну + _____ + мозговой артерии

- правой средней
- левой средней
- левой задней
- левой передней

Основным направлением базисной терапии при ишемическом инсульте является терапия

- когнитивно-поведенческая
- гастропротективная
- психотропная
- поддержания гомеостаза

Внутривенный тромболитический при ишемическом инсульте проводится в период + _____ + ч с момента заболевания

- 0-4,5
- 0-6
- 0-2
- 0-12

В качестве антиагрегантной терапии в острейшем периоде атеротромботического ишемического инсульта рекомендуется назначать

- ацетилсалициловую кислоту
- варфарин
- апиксабан
- гепарин

Антикоагулянтную терапию в остром периоде атеротромботического ишемического инсульта назначают с целью

- предотвращения апоптоза в очаге ишемии
- стимуляции окислительно-восстановительных процессов клеток
- нейропротективного воздействия на очаг ишемии
- профилактики тромбозов вен и тромбоэмболии

Ранняя мобилизация при ишемическом инсульте рекомендуется с целью профилактики

- повторного ишемического инсульта
- когнитивных и психотических расстройств
- депрессивных нарушений
- пневмонии и тромбозов вен

Оценка степени инвалидизации после инсульта проводится с помощью шкалы

- визуальной аналоговой
- Рэнкина
- Освестри
- Роланда-Морриса

С целью коррекции липидного обмена после перенесенного ишемического инсульта используется

- кортексин
- клопидогрел
- аторвастатин
- винпоцетин

Реабилитационные мероприятия должны начинаться в сосудистом отделении в первые + _____ + часов инсульта

- кортексин
- клопидогрел
- аторвастатин
- винпоцетин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н. 30 лет госпитализирован в неврологическое отделение после обращения к неврологу по месту жительства

Жалобы

- * слабость и онемение в левых конечностях;
- * дискомфорт при движении левого глазного яблока;
- * снижение зрения на левый глаз;
- * пошатывание при ходьбе;
- * императивные позывы на мочеиспускание;
- * снижение потенции.

Анамнез заболевания

Семь лет назад был эпизод нарушения зрения, когда на фоне переутомления появилась пелена перед левым глазом. К врачу не обращался. Зрение полностью восстановилось через неделю. В прошлом году стала

беспокоить слабость в правой ноге, нарастающая при нагрузке. Обратился в поликлинику по месту жительства, где прошел курс массажа и витаминотерапии. Слабость полностью прошла через три недели. Данная симптоматика развилась неделю назад после респираторного заболевания с небольшим повышением температуры.

Анамнез жизни

- * Профессиональный анамнез: работает ведущим инженером.
- * Женат, имеет сына 5 лет.
- * Наследственность неотягощена.
- * Вредные привычки: выкуривает до 10 сигарет в день.
- * Сопутствующие заболевания: пиелонефрит, вне обострения.

Объективный статус

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения. Кожные покровы физиологической окраски и влажности.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 66 в 1 минуту. АД 120/70 мм рт.ст.

Язык влажный розовый. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. Сон и аппетит не нарушены.

Неврологический статус: Обоняние не нарушено. Горизонтальный нистагм при взгляде в стороны. Зрачки равномерные. Боль при движении левого глаза. Лицо симметричное. Слух сохранен. Мягкое небо подвижное. Глоточный рефлекс живой. Глотание сохранено. Положение головы не нарушено. Язык по средней линии. Мышечная сила снижена в левых конечностях до 4 баллов, сухожильные рефлексы повышены слева, патологические рефлексы вызываются с левой стопы. Интенционное дрожание и мимопадание в координаторных пробах с обеих сторон, больше справа. Снижение поверхностной и глубокой чувствительности на левых конечностях.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- кортексин
- клопидогрел
- аторвастатин
- винпоцетин

Результаты инструментального метода обследования

К дополнительным для постановки диагноза методам обследования относят

- кортексин
- клопидогрел
- аторвастатин
- винпоцетин

Результаты обследования

Учитывая жалобы, клиническую картину и результаты инструментальных исследований, больному можно поставить диагноз

- кортексин
- клопидогрел
- аторвастатин
- винпоцетин

Диагноз

У данного пациента тип течения заболевания

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

Слабость в левых конечностях у пациента обусловлена поражением

+ _____ + тракта

- ретикуло-спинального
- кортико-спинального
- спино-таламического
- кортико-нуклеарного

Характерным симптомом, позволяющим заподозрить рассеянный склероз, у пациента является

- периферический парез
- нарушение зрения
- острое начало с лихорадкой
- центральный гемипарез

Нарушение зрения у пациента обусловлено поражением

- зрительного нерва
- области хиазмы
- сетчатой оболочки глаза
- коры затылочной доли

Данному пациенту необходимо назначить

- внутримышечное введение кортикостероидов
- внутривенную кортикостероидную пульс-терапию
- внутривенное введение антибиотиков
- пероральный прием кортикостероидов

Для снижения частоты обострений пациенту следует назначить

- плазмаферез
- интерфероны альфа
- глатирамера ацетат
- интерфероны гамма

При применении глатирамера ацетата НЕ характерно возникновение

- одышки, сердцебиения
- липоатрофий в местах инъекций
- некрозов в местах инъекций
- гриппоподобного синдрома

Пациенту следует рекомендовать

- проходить курсы бальнеотерапии
- избегать посещение бани
- избегать вождения автомобиля
- соблюдать белковую диету

Типичным расположением очагов при рассеянном склерозе является локализация их в/во

- проходить курсы бальнеотерапии
- избегать посещение бани
- избегать вождения автомобиля
- соблюдать белковую диету

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная А. 56 лет поступила в неврологическое отделение

Жалобы

- * нарушение походки;
- * слабость в нижних конечностях, усиливающуюся в тёплом помещении или при приёме горячей ванны;
- * непреодолимые позывы к мочеиспусканию, до 10-ти раз в день;
- * ухудшение почерка;
- * снижение настроения, общую слабость, апатию.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 1986 года, когда впервые почувствовала слабость в ногах, усиливающуюся в тёплом помещении или при приёме горячей ванны, непреодолимые позывы к мочеиспусканию, снижение остроты зрения, болезненность при движении глазных яблок, общую слабость, по поводу чего обратилась в поликлинику по месту жительства. Диагноз поставлен не был, через 2 недели состояние улучшилось, слабость в ногах, снижение остроты зрения и нарушение мочеиспускания регрессировали. Через 3 месяца снова произошло резкое ухудшение состояния, вновь появились вышеописанные симптомы, в связи с чем обследовалась у невролога и офтальмолога по месту жительства, установленный диагноз не помнит. С тех пор наблюдалась у невролога по месту жительства, отмечалось волнообразное течение заболевания: обострения длились до 3-х недель, сопровождалась вышеперечисленными симптомами, сезонности в возникновении обострений не отмечает; ремиссии длились от 4-х до 6-ти месяцев, прогрессирования заболевания не отмечалось до 2000 года. В 2001 году предъявила жалобы на изменение почерка, в течение этого и последующего года отмечала прогрессирующее ухудшение неврологической симптоматики, в связи с чем была госпитализирована в клинику нервных болезней для повторного обследования и лечения. Было проведено лечение, после которого общее состояние пациентки улучшилось, отмечался кратковременный регресс неврологической симптоматики, который вскоре вновь сменился прогрессированием. Впоследствии несколько раз обращалась в клинику нервных болезней в периоды обострений для обследования и получения лечения.

Настоящее ухудшение произошло 5 дней назад, когда пациентка почувствовала быстро нарастающую слабость в ногах, усиливающуюся при приёме горячей ванны, нарушение почерка, непреодолимые позывы к мочеиспусканию, в связи с чем обратилась к врачу.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: отмечает у матери наличие похожих симптомов, к концу жизни была прикована к постели, умерла в 60 лет от пневмонии; отец умер от инфаркта миокарда в 65 лет.
- * Семейный анамнез: замужем, имеет дочь 24-х лет. Муж относительно здоров. Дочь страдает рассеянным склерозом, инвалид I группы.
- * Перенесенные и сопутствующие заболевания и операции: детские инфекции, в возрасте 7 лет – сотрясение мозга, удаление аденоидов в 15 лет, частые ОРВИ.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Аллергологический анамнез: не отягощён.

Объективный статус

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное, положение активное, нормостенического телосложения. Рост: 167; Вес: 69; ИМТ: 24,6 – норма; t = 36,7⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, влажные. Подлежащие пальпации лимфатические узлы не увеличены,

безболезненны, не спаяны между собой. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Выделяется рубец длиной 4 см, в правой подвздошной области в связи с аппендэктомией. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Тазовые функции не нарушены.

Психический статус: сознание ясное. Ориентация в месте, времени, собственной личности - не нарушена. Фон настроения неустойчивый, ближе к снижению. Без бреда и социально опасных тенденций.

Неврологический статус: Обоняние не нарушено. Произвольные движения глаз в полном объеме. Зрачки равномерные. Горизонтальные нистагм при следящих движениях глаз. Фотореакция прямая и содружественная - сохранена. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметричное. Слух сохранен. Мягкое небо подвижное. Глоточный рефлекс живой. Глотание сохранено. Положение головы не нарушено. Язык по средней линии. При сгибании шеи неприятное ощущение, напоминающее электрический разряд, распространяющийся по позвоночнику и конечностям. Двигательная сфера: объем активных и пассивных движений в руках полный. Мышечная сила снижена до 3 баллов левой ногой; снижение силы до 4 баллов в правой ноге. Мышечный тонус в ногах повышен по спастическому типу. Глубокие рефлекс в руках D=S средней живости, в ногах коленные и ахилловы рефлекс высокие с расширенными зонами. Двухсторонние патологические стопные рефлекс. Рефлекс орального автоматизма: хоботковый и ладонно-подбородочный рефлекс положительны. Мышечно-суставное чувство в пальцах кистей сохранено, в пальцах стоп отсутствует. Интенционный тремор при пальце-носовой пробе с двух сторон и при пяточно-коленной пробе справа, слева – проба затруднена вследствие пареза. В позе Ромберга пошатывание как с открытыми, так и с закрытыми глазами. Походка атактическая.

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- проходить курсы бальнеотерапии
- избегать посещение бани
- избегать вождения автомобиля
- соблюдать белковую диету

Результаты инструментального метода обследования

К дополнительным для постановки диагноза методам обследования относят

- проходить курсы бальнеотерапии
- избегать посещение бани
- избегать вождения автомобиля
- соблюдать белковую диету

Результаты обследований

Учитывая анамнез, клиническую картину и результаты инструментальных исследований, больной можно поставить диагноз

- проходить курсы бальнеотерапии
- избегать посещение бани
- избегать вождения автомобиля
- соблюдать белковую диету

Диагноз

У данной пациентки тип течения заболевания

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

Чувство прохождения электрического тока в конечностях при сгибании шеи называется симптомом

- Лермитта
- Горнера
- Брудзинского
- Утгоффа

Нарушение мочеиспускания, имеющееся у пациентки, является

- детрузорно-сфинктерной диссинергией
- императивными позывами на мочеиспускание
- затрудненным мочеиспусканием
- недержанием мочи

Одним из возможных этиологических факторов развития заболевания у пациентки является

- наследственная предрасположенность
- сотрясение мозга
- частые ОРВИ
- удаление аденоидов

В настоящее время пациентке необходимо назначить

- внутривенную кортикостероидную пульс-терапию
- внутривенное введение антибиотиков
- внутримышечное введение кортикостероидов
- внутримышечное введение антибиотиков

При назначении кортикостероидной терапии с целью предотвращения побочных эффектов применяют

- прокинетики
- антациды
- гастропротекторы
- слабительные

Для устранения тазовых нарушений пациентке необходимо назначить

- симпатолитики
- антихолинергические препараты
- холинергические препараты
- миорелаксанты

Для уменьшения спастичности мышц рекомендуется

- гипербарическая оксигенация
- бальнеотерапия
- лечебная гимнастика
- когнитивно-поведенческая терапия

Пациентке рекомендована превентивная терапия, направленная на профилактику обострений, в виде назначения

- гипербарическая оксигенация
- бальнеотерапия
- лечебная гимнастика

- когнитивно-поведенческая терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 47 лет обратился к неврологу поликлиники

Жалобы

В последнее время перестал различать температуру предметов правой рукой, не раз обжигался о горячий чайник до появления волдырей и не чувствовал боли.

Анамнез заболевания

Последние 1,5 года беспокоят боли в области надплечий, локтевых суставов, усиливающиеся на холоде. Примерно в это же время заметил снижение болевой чувствительности.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Аллергоанамнез не отягощен. Контакт с инфекционными больными и токсическими веществами не было. Выраженный сколиоз позвоночника.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Обращает внимание обилие ссадин и рубцов на руках, ломкость, сухость ногтей. Выраженный сколиоз грудного отдела позвоночника. Локтевые суставы деформированы, несколько увеличены в размерах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ЧСС 72 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

В неврологическом статусе: Сознание ясное, контактен, ориентирован в месте, времени и собственной личности. Менингеальных симптомов нет. Речь не нарушена. Черепные нервы без патологии. Мышечный тонус не изменён. Парезов нет. Координация не нарушена. Выявляется утрата болевой и температурной чувствительности справа в виде «полукуртки» от уровня шеи до уровня пупка. Суставно-мышечное чувство в руках сохранено. Отсутствуют глубокие рефлексы на правой руке, на левой руке и в ногах – сохранены, средней живости. Патологических рефлексов нет.

Очаговая симптоматика, выявленная у пациента при неврологическом обследовании, указывает на локализацию поражения в

- коре головного мозга с двух сторон
- стволе головного мозга справа
- шейном и грудном отделах спинного мозга
- грудном отделе спинного мозга

Нарушения чувствительности, выявленные у пациента, называются

- сегментарно-корешковыми
- спинально-проводниковыми
- церебрально-проводниковыми
- сегментарно-диссоциированными

Методом исследования, необходимым для постановки диагноза в данном случае, является

- сегментарно-корешковыми
- спинально-проводниковыми
- церебрально-проводниковыми
- сегментарно-диссоциированными

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- сегментарно-корешковыми
- спинально-проводниковыми
- церебрально-проводниковыми
- сегментарно-диссоциированными

Диагноз

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- боковым амиотрофическим склерозом
- экстрамедуллярной опухолью
- интрамедуллярной опухолью
- рассеянным склерозом

С учетом состояния и диагноза, пациент должен быть направлен на консультацию к

- инфекционисту
- хирургу
- химиотерапевту
- нейрохирургу

Основным методом терапии данного заболевания является + _____ + лечение

- химиотерапевтическое
- оперативное
- физиотерапевтическое
- медикаментозное

Препаратами первого выбора для лечения болевого синдрома при данном заболевании являются

- нейролептики
- НПВП
- антиконвульсанты
- анальгетики

Симптомом вегетативно-трофических нарушений у пациента является

- выявление многочисленных ссадин и рубцов на руках
- нарушение глубокой чувствительности
- артропатия локтевых суставов
- снижение болевой чувствительности

Для артропатии при данном заболевании характерны

- отложения солей мочевой кислоты
- остеопорозы трубчатых костей
- синовиииты крупных суставов
- параартикулярные обызвествления

При появлении и прогрессировании двигательных нарушений при данном заболевании первыми, как правило, страдают

- мелкие мышцы стоп
- проксимальные группы мышц

- мимические мышцы лица
- мелкие мышцы кистей рук

Сирингомиелия часто сочетается с

- мелкие мышцы стоп
- проксимальные группы мышц
- мимические мышцы лица
- мелкие мышцы кистей рук

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Х. 70 лет, находясь на лечении в терапевтическом отделении по поводу хронической обструктивной болезни легких и гипостатической пневмонии, упал на лестнице, получив множественные ушибы мягких тканей. После травмы пациент перестал вставать, эмоционально реагировать на близких людей, речь стала невнятной, в связи с чем был переведен в неврологическое отделение.

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Со слов жены, последние 1-1,5 месяца пациент стал плохо ходить, часто падать, не придавая этому значения. Появилась апатия, безынициативность, недержание мочи. Состояние резко ухудшилось после последнего падения в стационаре.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: Ревматоидный артрит. Гипертоническая болезнь 3 степени повышения АД. Риск ССО 3. Хроническая сердечная недостаточность 2 ФК. ХОБЛ, эмфизема легких, пневмосклероз. Дыхательная недостаточность 1-2 ст. Цереброваскулярная болезнь. Хроническая ишемия головного мозга.

Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние более 20 лет назад. Сахарный диабет 2 типа.

Диабетическая макроангиопатия (атеросклероз аорты, сосудов сердца). Желчнокаменная болезнь.

Хронический калькулезный холецистит. Хронический пиелонефрит. Кисты почек. Мочекаменная болезнь.

Конкремент левой почки. Хронический простатит. Атеросклероз сосудов нижних конечностей. Стеноз

передней большеберцовой артерии с 2-х сторон. Хроническая ишемия нижних конечностей 2А ст. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность 2 ст.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сонлив, быстро истощается, засыпает во время осмотра. Простые команды выполняет, но с латентным периодом и после повторной стимуляции. Частично дезориентирован во времени.

Менингеальных симптомов нет. Дисфункции черепных нервов не выявлено. Парезов конечностей нет.

Повышение мышечного тонуса в ногах по пластическому типу с явлениями паратонии. Сухожильные рефлексы средней живости в руках, снижены – в ногах. Патологические рефлексы не выявлены.

Координаторные пробы выполняет неуверенно с 2-х сторон. Выраженная статико-локомоторная атаксия. При нейропсихологическом обследовании выявлены изменения, характерные для деменции. Ходит медленно, покачиваясь, шаги мелкие, ноги широко расставлены. Атаксия нарастает при поворотах. Чувствительных расстройств не выявлено. Имеются множественные подкожные гематомы по всему телу.

Пациенту с множественными подкожными гематомами, полученными при падении, необходимо провести

- мелкие мышцы стоп
- проксимальные группы мышц
- мимические мышцы лица
- мелкие мышцы кистей рук

Результаты обследования

Учитывая расширение желудочков мозга при КТ головы, для уточнения причины церебральных расстройств целесообразно проведение

- мелкие мышцы стоп
- проксимальные группы мышц
- мимические мышцы лица
- мелкие мышцы кистей рук

Результаты обследования

У пациента выявлена клиническая триада: нарушение походки, когнитивные расстройства и нарушения мочеиспускания, которая соответствует синдрому

- мелкие мышцы стоп
- проксимальные группы мышц
- мимические мышцы лица
- мелкие мышцы кистей рук

Диагноз

Результаты клинико-радиологического обследования, а также отсутствие головной боли и отека дисков зрительных нервов могут указывать на наличие

- нормотензивной гидроцефалии
- вторичной внутричерепной гипертензии
- доброкачественной внутричерепной гипертензии
- окклюзионной гидроцефалии

С целью дифференциальной диагностики между нормотензивной и атрофической гидроцефалиями проводится люмбальная пункция с

- биохимическим анализом ликвора
- пробами Квеккенштедта и Стукея
- общим анализом ликвора
- извлечением 30-50 мл ликвора

Стандартом лечения нормотензивной терапии является

- пожизненное применение препаратов с противодементным действием
- постоянное назначение препаратов, снижающих продукцию ликвора
- вентрикулоперитонеальное шунтирование
- курсовой прием препаратов, снижающих продукцию ликвора

Показанием для операции вентрикулоперитонеального шунтирования является

- сохранность когнитивных функций
- положительный результат на извлечение 30-50 мл ликвора
- полный, а не частичный синдром Хакима-Адамса
- отсутствие тяжелых соматических заболеваний

Показанием для оперативного лечения после извлечения 30-50 мл ликвора является

- стабильность когнитивных и локомоторных нарушений

- недостоверное улучшение в выполнении когнитивных тестов и сохранение нарушений походки
- ухудшение походки и нарастание когнитивной дисфункции
- улучшение походки и когнитивных функций

Пациенту проведено нейропсихологическое тестирование до и после извлечения ликвора. По краткой шкале оценки психического статуса увеличение баллов с 23 до 28, по «Батарее лобных тестов» с 9 до 16 баллов. Данные свидетельствуют о том, что

- у пациента нет деменции и лечение завершено
- необходимо оперативное вмешательство
- преходящие когнитивные нарушения были ситуационно обусловлены
- в случае повторных ухудшений показана повторная люмбальная пункция

Временной мерой в лечении нормотензивной гидроцефалии является применение

- гидрохлортиазида
- индапамида
- ацетазоламида
- спиронолактона

Для контроля эффективности лечения повторная МРТ головного мозга проводится не ранее, чем через + ____ + месяца(-ев) после операции

- 12
- 3
- 26
- 8

Гидроцефалия при нормотензивной гидроцефалии развивается в результате

- 12
- 3
- 26
- 8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет обратилась к неврологу поликлиники

Жалобы

На острую боль на коже правой половины живота

Анамнез заболевания

Боли возникли за 2 дня до обращения к врачу, носили простреливающий и жгучий характер. В день обращения появились пузырьчатые высыпания, зуд.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергоанамнез не отягощен. Контакты с инфекционными больными и токсическими веществами отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 158 см. Температура тела 37,3⁰С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. На коже боковой поверхности живота справа на уровне пупка пузырьчатые высыпания, некоторые из них с геморрагическим содержимым. 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: Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Черепно-мозговая иннервация без патологии. Гипестезия на боковой поверхности живота от края реберной дуги до уровня пупка справа. Парезов, координаторных нарушений нет.

Локализация боли и гипестезии соответствует зоне иннервации + _____ + сегментов спинного мозга

- Th 5 – Th 7
- L 10 - L 12
- Th 8 – Th 10
- Th 4 – Th 5

Характер чувствительных нарушений соответствует + _____ + типу расстройств чувствительности

- церебральному
- корешковому
- сегментарно-диссоциированному
- проводниковому

Ведущим диагностическим методом при данном заболевании является

- клинический
- молекулярно-генетический
- лабораторный
- инструментальный

Высыпания в виде пузырьков у пациентки соответствуют

- герпетическому ганглиониту
- ветряной оспе
- герпетическому васкулиту
- экссудативному нейродермиту

Предполагаемый основной диагноз

- герпетическому ганглиониту
- ветряной оспе
- герпетическому васкулиту
- экссудативному нейродермиту

Диагноз

Для верификации диагноза можно провести + _____ + диагностику экссудата

- ПЦР
- бактериологическую
- бактериоскопическую
- молекулярно-генетическую

С учетом диагноза пациентке следует назначить

- дексазон
- ампициллин

- ацикловир
- цетиризин

В качестве патогенетической терапии возможно назначение

- дексаметазона
- цетиризина
- интерферона
- ацетилсалициловой кислоты

Для оказания местного противовоспалительного действия рекомендовано применение

- спиртовых растворов новокаина
- гидрокортизоновой мази
- спиртовых растворов анилиновых красителей
- окклюзионных повязок с противовирусными мазями

При длительно сохраняющемся болевом синдроме наиболее эффективными препаратами для купирования боли являются

- нейролептики
- кортикостероиды
- антидепрессанты
- НПВП

При опоясывающем герпесе из черепных нервов наиболее часто поражается + _____ + ветвь + _____ + нерва

- III; лицевого
- III; тройничного
- I; лицевого
- I; тройничного

Серьезным осложнением опоясывающего герпеса может быть

- III; лицевого
- III; тройничного
- I; лицевого
- I; тройничного

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 42 лет обратилась в неврологический стационар в связи с выраженной слабостью в конечностях

Жалобы

На неустойчивость при ходьбе, слабость в ногах, нарастающую в течение недели.

Анамнез заболевания

За 2 недели до развития вышеуказанной симптоматики перенесла кишечную инфекцию с высокой температурой, выраженной интоксикацией. Развитие настоящего заболевания началось с покальвания и онемения подошв. В течение нескольких дней присоединилась мышечная слабость, стало трудно передвигаться. Накануне госпитализации появилось покальвание и онемение ладоней.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 165 см. Температура тела 36,9⁰С. Кожные покровы бледные. 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.

Неврологический статус: Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Глазодвигательных нарушений нет. Лицо симметричное. Глотание, фонация не нарушены. В ногах снижена мышечная сила - в дистальных отделах ног до 2 баллов, в проксимальных отделах - до 3 баллов. Мышечный тонус низкий. Сухожильные рефлексы на ногах не вызываются. Патологических рефлексов нет. Снижение болевой и температурной чувствительности в ногах до уровня колен, в руках по типу высоких перчаток. Снижение глубокой чувствительности в ногах. Функция тазовых органов не нарушена. Координаторных нарушений нет.

Основным клиническим проявлением у пациентки является синдром

- центрального тетрапареза
- Мийяра-Гюблера
- Броун-Секара
- периферического тетрапареза

Важнейшими клиническими критериями постановки диагноза являются наличие мышечной слабости, чувствительные нарушения, а также

- наличие или отсутствие нарушений сна
- наличие или отсутствие когнитивных нарушений
- наличие или отсутствие экстрапирамидных симптомов
- динамика развития неврологических симптомов

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- наличие или отсутствие нарушений сна
- наличие или отсутствие когнитивных нарушений
- наличие или отсутствие экстрапирамидных симптомов
- динамика развития неврологических симптомов

Результаты обследования

Лабораторным методом исследования, применяемым для постановки диагноза, является

- наличие или отсутствие нарушений сна
- наличие или отсутствие когнитивных нарушений
- наличие или отсутствие экстрапирамидных симптомов
- динамика развития неврологических симптомов

Результаты обследования

С учетом клинической картины и данных инструментальных методов исследования пациентке можно поставить диагноз

- наличие или отсутствие нарушений сна
- наличие или отсутствие когнитивных нарушений
- наличие или отсутствие экстрапирамидных симптомов
- динамика развития неврологических симптомов

Диагноз

К признакам абсолютно исключающим данный диагноз, относят выраженные стойкие тазовые нарушения, только сенсорные расстройства, психопатологические симптомы и

- наличие бульбарных нарушений
- наличие вегетативной недостаточности
- асимметрию парезов
- снижение сухожильных и периостальных рефлексов

Специфическая терапия включает применение иммуноглобулинов класса G и

- кортикостероидов
- цитостатиков
- антибиотиков
- плазмафереза

Возможными опасными симптомами заболевания могут быть расстройство дыхания и нарушения

- терморегуляции
- сердечного ритма
- когнитивных функций
- функции тазовых органов

Важнейшим компонентом симптоматической терапии является профилактика

- кардиоэмболического инсульта
- тромбоэмболических нарушений
- нарушений мочеиспускания
- желудочно-кишечного кровотечения

Показаниями для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации являются нарушение функции дыхания, нестабильность гемодинамики, а также тяжелая и крайне тяжелая степень + _____ + нарушений

- двигательных
- психических
- диссомнических
- тазовых

В основе патогенеза данного синдрома лежит + _____ + процесс

- инфекционный
- сосудистый
- нейродегенеративный
- аутоиммунный

Дифференциальный диагноз чаще всего проводят с полинейропатиями, поперечным миелитом, ботулизмом и

- инфекционный
- сосудистый
- нейродегенеративный
- аутоиммунный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Ф. 72 лет госпитализирован в связи с повторными преходящими эпизодами нарушения речи и слабости в правой кисти, возникшими после конфликта с женой.

Жалобы

На момент поступления жалоб не предъявлял.

Анамнез заболевания

Год назад перенес инфаркт миокарда. Неврологической симптоматики ранее не отмечалось. В день госпитализации возникло 3 эпизода слабости в правой кисти и трудности при произношении слов, продолжительность по 10-15 минут.

Анамнез жизни

Длительно страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом АД до 170/90 мм рт.ст. нерегулярно принимает гипотензивные препараты.

Объективный статус

На момент госпитализации АД 140/80 мм рт.ст. Пульс 74 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Выслушивается систолический шум в проекции бифуркации общей сонной артерии слева. Общемозговых, менингеальных и очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Преходящая неврологическая симптоматика и систолический шум над сонной артерией диктуют необходимость проведения

- инфекционный
- сосудистый
- нейродегенеративный
- аутоиммунный

Результаты обследования

Дополнительными методами исследования, позволяющими подтвердить патологию сердечно-сосудистой системы, являются

- инфекционный
- сосудистый
- нейродегенеративный
- аутоиммунный

Результаты обследования

По результатам проведенного исследования у пациента имеет место

- инфекционный
- сосудистый
- нейродегенеративный
- аутоиммунный

Диагноз

Наиболее вероятным механизмом возникновения преходящей неврологической симптоматики у пациента является развитие

- тромбоза на месте атеросклеротической бляшки
- спазмирования корковых ветвей артерии
- артерио-артериальной эмболии
- неравномерного вазогенного отека мозга

Нестабильная атеросклеротическая бляшка является фактором риска развития

- ишемического инсульта
- кровоизлияния в мозг
- диссекции сосудов мозга
- тромбоза кавернозного синуса

Пациенту показано проведение

- каротидной эндартерэктомии
- селективного тромболизиса
- двойной антитромбоцитарной терапии
- системного тромболизиса

Пациентам с транзиторной ишемической атакой показано проведение хирургического лечения в течение +_____+ недель

- 8
- 10
- 1-2
- 12-15

Сосудистые хирурги предложили проведение операции в отсроченном плановом порядке. Пациенту проводилась консервативная терапия. Через 3 дня развился глубокий правосторонний гемипарез, тотальная афазия. С целью определения дальнейшей тактики лечения наиболее информативным методом дообследования является

- 8
- 10
- 1-2
- 12-15

Результаты обследования

В данной ситуации пациенту показано проведение

- тромбоэкстракции
- системного тромболизиса
- тромболизиса и тромбоэкстракции
- консервативной терапии

Опасность проведения внутривенной тромболитической терапии у пациента обусловлена развитием инсульта на фоне +_____+ терапии

- антилипидемической
- антидиабетической
- антитромботической
- антигипертензивной

Основными клиническими показаниями к проведению эндартерэктомии у пациентов со стенозом внутренней сонной артерии являются

- транзиторные ишемические атаки
- изолированные когнитивные нарушения после инсульта
- стойкие постинсультные депрессивные проявления
- выраженные неврологические нарушения после инсульта

При асимптомных стенозах внутренней сонной артерии показано проведение терапии, направленной на

- транзиторные ишемические атаки
- изолированные когнитивные нарушения после инсульта
- стойкие постинсультные депрессивные проявления
- выраженные неврологические нарушения после инсульта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина К. 58 лет, доставлен в приемное отделение многопрофильного стационара к неврологу

Жалобы

- двоение в глазах
- слабость в правых конечностях

Анамнез заболевания

3 дня назад во время физической нагрузки появились двоение в глазах и слабость в правых конечностях. За медицинской помощью сразу не обратился. В связи с сохранением расстройств обратился к терапевту. При осмотре терапевт выявил расходящееся косоглазие слева, легкий птоз и мидриаз на стороне косоглазия. Терапевт направил пациента к неврологу с целью уточнения диагноза.

В 2011 году установлен диагноз: Сахарный диабет 2 типа. Получает Метформин 1700 мг/сутки. Контролировал гликемию редко (натощак 5,0-6,5 ммоль/л).

Повышение АД с 2011 года: максимально до 180/100 мм рт.ст. Гипотензивные препараты (Энап 10 мг) принимал не регулярно.

Анамнез жизни

- * Профессиональная деятельность – охранник автостоянки
- * Алкоголь принимает по выходным в малых количествах. Курит с 16 лет, до пачки сигарет в сутки. Крепким кофе, чаем не злоупотребляет.
- * Наследственный анамнез по сахарному диабету: мать страдает СД 2 типа, отец скончался в 40 лет от инфаркта миокарда.
- * Операции: по поводу паховой грыжи в 2011г.
- * ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

Объективный статус

Общее состояние больного: удовлетворительное. Сознание: ясное. Температура: 36,8°C. Положение: активное. Телосложение больного правильное, гиперстеническое. Рост 180 см, масса тела 104 кг. ИМТ=32 (N 18,5-30) - избыточный вес. Подкожно-жировой слой увеличен: ожирение I, распределен равномерно, видимых отеков нет. Кожные покровы чистые, с пигментацией в области голеней, на ощупь сухие. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 уд/мин. АД 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное.

В *неврологическом статусе*: сознание ясное. Когнитивные и высшие мозговые функции не нарушены. Обоняние сохранено. Поля зрения не нарушены. При оценке глазодвигательных нарушений выявляется расходящееся косоглазие за счет левого глазного яблока, птоз и мидриаз - поражение III пары ЧМН. IV и VI

пара функционально сохранены. Чувствительных нарушений на лице не определяется. Со стороны жевательной мускулатуры без особенностей. Периферических или центральных парезов лицевого нерва не выявлено. Слух в норме с обеих сторон. Глотание, фонация, артикуляция без особенностей. Мышечный тонус в норме. Определяется правосторонний гемипарез до 4-х баллов. Физиологические рефлексы легко повышены в правых конечностях. Чувствительные расстройства в виде правосторонней гемигипестезии легкой степени. Координаторные пробы на здоровой стороне выполняет удовлетворительно, справа хуже выполняет за счет пареза. Патологические рефлексы не вызываются. Менингеальных симптомов нет.

Для постановки диагноза наиболее значимыми методами обследования являются

- транзиторные ишемические атаки
- изолированные когнитивные нарушения после инсульта
- стойкие постинсультные депрессивные проявления
- выраженные неврологические нарушения после инсульта

Результаты обследования

Дополнительным методом исследования для постановки диагноза является выполнение

- транзиторные ишемические атаки
- изолированные когнитивные нарушения после инсульта
- стойкие постинсультные депрессивные проявления
- выраженные неврологические нарушения после инсульта

Результаты обследования

Учитывая данные жалоб, клинической картины, инструментальных исследований, больному можно поставить диагноз ишемического инсульта в бассейне + _____ + артерии(-ий)

- транзиторные ишемические атаки
- изолированные когнитивные нарушения после инсульта
- стойкие постинсультные депрессивные проявления
- выраженные неврологические нарушения после инсульта

Диагноз

У пациента имеется синдром

- Парино
- Клода
- Вебера
- Фовиля

Патогенетическим типом ишемического инсульта у пациента является

- атеротромботический
- неуточненный
- лакунарный
- кардиоэмболический

В качестве антиагрегантной терапии пациенту рекомендуется назначить

- апиксабан
- ривароксабан
- ацетилсалициловую кислоту
- пентоксифиллин

В качестве гиполипидемической терапии рекомендуется назначить

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

Антитромботические средства пациенту следует принимать

- постоянно
- 6 месяцев
- 1 месяц
- 1 год

Комбинированным антиагрегантом является

- дипиридамол
- ацетилсалициловая кислота
- агренокс
- клопидогрель

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

- 45-50
- 30-35
- 15-25
- 40-45

Препаратами выбора для вторичной профилактики повторного инсульта следует считать гипотензивные препараты из группы

- агонистов имидазолиновых рецепторов
- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- альфа-адреноблокаторов

Продолжительность периода временной нетрудоспособности составляет до + _____ + дней от начала заболевания

- агонистов имидазолиновых рецепторов
- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- альфа-адреноблокаторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 лет, в сопровождении дочери обратилась к врачу-неврологу

Жалобы

Шаткость при ходьбе с падениями, забывчивость, невнимательность, неконтролируемое мочеиспускание, головная боль.

Анамнез заболевания

Нарушение походки и памяти стала замечать около 2-х месяцев назад. Пациентка могла забыть куда шла или где находится. В последнюю неделю перестала передвигаться в связи с возникновением падений. Два дня назад возникли неконтролируемые акты мочеиспускания. После чего дочь настояла обратиться за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* Страдает артериальной гипертензией до 150/80 мм рт.ст., получает гипотензивную терапию, АД поддерживает в целевых значениях.

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Профессиональных вредностей не имела.

* Аллергических реакций не было.

* У матери в ее возрасте наблюдались подобные симптомы. Диагноз не был установлен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В *неврологическом статусе* при осмотре: сознание ясное. Краткая шкала оценки психического статуса - 22 балла. Быстро утомляется, снижена критика к своему состоянию, замедлены ассоциативные процессы.

Глазные щели D < S, зрачки D=S. Фотореакции сохранены. Нистагма нет. Язык по средней линии. Глотание, фонация, речь не нарушены. Мышечная сила в конечностях в норме. Тонус в конечностях умеренно снижен. Сухожильные рефлексы на руках повышены D=S, коленные повышены D=S, ахилловы живые D=S.

Чувствительность без особенностей, Глубокая чувствительность в норме. В позе Ромберга неустойчива. При ходьбе отмечается атаксия. Затрудняется начать движение. Походка короткими шагами, ноги умеренно расставлены, верхняя часть туловища скована, несколько наклонена вперед. Симптом Бабинского с двух сторон. Тазовые функции: периодическое недержание мочи. Менингеальных знаков нет.

Степень когнитивных нарушений по Краткой шкале оценки психического статуса расценивается как

- умеренные когнитивные нарушения
- умеренная деменция
- легкая деменция
- легкие когнитивные нарушения

У пациентки имеется + _____ + атаксия

- лобная
- вестибулярная
- сенситивная
- мозжечковая

У пациентки имеется синдром

- таламический
- гипертензионный
- Хакима-Адамса
- паркинсонизма

Для дальнейшей диагностики требуется проведение

- таламический
- гипертензионный
- Хакима-Адамса
- паркинсонизма

Результаты обследования

Пациентке требуется проведение

- пробы Стуккея
- пробы Дикса-Холлпайка
- тэп теста
- пробы Квеккенштедта

При проведении люмбальной пункции с целью диагностики нормотензивной гидроцефалии рекомендуется выведение + _____ + мл цереброспинальной жидкости

- 40
- 20
- 10
- 80

Оценка динамики состояния пациента после тэп-теста («tap-test») проводится после через + _____ + часа(-ов)

- 8-9
- 2-4
- 5
- 6

Если у пациентки после люмбальной пункции (с выведением необходимого количества цереброспинальной жидкости) улучшились походка и когнитивные функции (на 4 балла по Краткой шкале оценки психического статуса), в качестве диагноза устанавливается

- 8-9
- 2-4
- 5
- 6

Диагноз

Для определения тактики последующего лечения пациентке необходима консультация

- нейрохирурга
- кардиолога
- уролога
- офтальмолога

Эффективным методом лечения нормотензивной гидроцефалии является

- краниотомия с удалением части теменной доли
- краниотомия с удалением части височной доли
- краниотомия с удалением части лобной доли
- вентрикулоперитонеальное шунтирование

После оперативного лечения пациентке требуется проведение МРТ головного мозга через + ____ + месяца(-ев)

- 18
- 6

- 12
- 3

После оперативного лечения пациентке рекомендовано диспансерное наблюдение у

- 18
- 6
- 12
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 50 лет, служащий

Жалобы

На тупые, ноющие, ежедневные боли по всей голове. Интенсивность боли по ВАШ: минимально 5, максимально 9 баллов.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 25 лет, когда впервые появилась пульсирующая, сильная головная боль, которая сопровождалась тошнотой и непереносимостью света. Частота головных болей была около 5 раз в месяц, начинались в утреннее время и заканчивались в 19-20 часов, в конце рабочего дня. Пациент наблюдался у невролога по м/ж, получал амбулаторное лечение (НПВС, Мидокалм, пентоксифиллин, церетон) с улучшением. Спустя 5 лет, боли стали ежедневными. Пациент лечился самостоятельно, употреблял до 25 таблеток НПВС в день.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголь не употребляет. Травмы, операции отрицает. Хронические заболевания отрицает. За последние 6 месяцев контактов с инфекционными больными не имел. Гепатиты В и С, ВИЧ, туберкулез отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8 градусов. Кожные покровы обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, розовый. Дыхание свободное, везикулярное, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 120/80 мм рт.ст, Ps 60 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Физиологические функции не нарушены. *Неврологический статус*: Сознание ясное. Ориентирован всесторонне правильно. Зрачки равные D=S. Движение глазных яблок в полном объеме. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Болезненность при пальпации триггерных точек перикраниальных мышц. Мышечная сила в руках 5 баллов. Тонус в руках не изменен. Рефлексы с рук живые, равные. Чувствительность рук не изменена. Мышечная сила в ногах 5 баллов. Мышечный тонус не изменен. Чувствительность ног не изменена. Рефлексы ног живые, равные. Патологических рефлексов нет. Менингеальных симптомов нет. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Для постановки диагноза необходимо провести анализ

- 18
- 6
- 12
- 3

Результаты обследования

В диагностировании генеза головной боли существенное значение имеет

- выполнение УЗДГ сосудов шеи
- проведение МРТ головного мозга
- проведение ЭЭГ головного мозга
- ведение пациентом дневника головных болей

На основании анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- выполнение УЗДГ сосудов шеи
- проведение МРТ головного мозга
- проведение ЭЭГ головного мозга
- ведение пациентом дневника головных болей

Диагноз

Дифференциальную диагностику стоит проводить с

- посттравматической головной болью
- цервикогенной головной болью
- головной болью напряжения
- субарахноидальным кровоизлиянием

Пациентам с абюзушной головной болью рекомендуется + _____ + анальгетиков

- постоянное изменение комбинации
- назначение опиоидных
- отказ от постоянного приема
- увеличение дозировки

Профилактическое лечение рекомендовано отменить в случае положительного эффекта через + _____ + месяца(-ев)

- 1-2
- 18-24
- 6-12
- 3-6

Эффективность лечения после приема в рекомендованной дозе следует оценить через

- 6-12 месяцев
- 1-3 месяца
- 3-4 недели
- 1-3 недели

Лечение считается эффективным в случае снижения эпизодов головной боли на + ____ + % через 3 + _____ +

- 50; месяца
- 30; месяца
- 10; месяца
- 50; недели

При хронических головных болях рекомендуется назначение

- антидепрессантов
- В-адреноблокаторов
- опиоидных анальгетиков
- НПВС

Пациентам с головной болью напряжения рекомендуется профилактическое лечение в виде

- лечебной физкультуры
- соблюдения гипокалорийной диеты
- постоянного приема анальгетиков
- соблюдения ночного сна 15 часов

В случае непереносимости или неэффективности антидепрессантов для лечения хронической головной боли рекомендованы

- антипсихотики
- анксиолитики
- антикоагулянты
- опиоидные анальгетики

В качестве дополнительной терапии головной боли с выраженным напряжением перикраниальных мышц рекомендованы

- антипсихотики
- анксиолитики
- антикоагулянты
- опиоидные анальгетики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 21 год, студентка

Жалобы

На тянущие ежедневные головные боли, по всей голове. Интенсивность боли по ВАШ: минимально 2 балла, максимально 5.

Анамнез заболевания

Считает себя больной полгода, когда после подготовки к экзаменам почувствовала двусторонние сжимающие головные боли, которые длились по 2-3 дня. Через месяц боли стали ежедневными. Лечилась амбулаторно (НПВС, гирудотерапия, иглорефлексотерапия) без значимого улучшения.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголь не употребляет. В возрасте 16 лет – закрытая травма черепа с сотрясением головного мозга. Хронические заболевания отрицает. За последние 6 месяцев контактов с инфекционными больными не имела. Гепатиты В и С, ВИЧ, туберкулез отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8 градусов. Кожные покровы бледные. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, розовый. Дыхание свободное, везикулярное, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 110/80 мм.рт.ст, Ps 60 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Физиологические функции не нарушены.

Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Зрачки равные D=S. Движение глазных яблок в полном объеме. Конвергенция сохранена. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Болезненная пальпация триггерных точек трапециевидных

мышц. Мышечная сила в руках 5 баллов. Тонус в руках не изменен. Рефлексы с рук живые, равные. Чувствительность рук не изменена. Мышечная сила в ногах 5 баллов. Мышечный тонус не изменен. Чувствительность ног не изменена. Рефлексы ног живые, равные. Патологических рефлексов нет. Менингеальных симптомов нет. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Для постановки диагноза необходимо провести анализ

- мочи по Нечипоренко
- крови на ВИЧ
- крови на сифилис
- анамнестических данных

Для постановки диагноза пациентке следует

- провести МРТ головного мозга
- провести ЭЭГ головного мозга
- вести дневник головных болей
- сдать кровь на клинический и биохимический анализ

На основании анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных данных, можно поставить диагноз

- провести МРТ головного мозга
- провести ЭЭГ головного мозга
- вести дневник головных болей
- сдать кровь на клинический и биохимический анализ

Диагноз

Дифференциальную диагностику стоит проводить с

- кластерной головной болью
- хронической мигренью
- посттравматической головной болью
- мигренью с аурой

Для купирования приступа головной боли применяются

- антидепрессанты
- опиоидные анальгетики
- НПВС
- антикоагулянты

Профилактическое лечение рекомендовано отменить в случае положительного эффекта через + ____ + месяца(-ев)

- 2-3
- 3-5
- 6-12
- 1-2

Эффективность лечения после приема в рекомендованной дозе следует оценить через

- 3-6 недель
- 1-3 месяца

- 6-12 месяцев
- 1-3 недели

Лечение считается эффективным в случае снижения эпизодов головной боли на +___+ % через 3
+ _____ +

- 50; месяца
- 30; недели
- 30; месяца
- 50; недели

При хронических головных болях рекомендуется назначение

- НПВС
- нейролептиков
- антидепрессантов
- опиоидных анальгетиков

Пациентам с головной болью напряжения рекомендуется профилактическое лечение в виде

- соблюдения диеты
- постоянного приема анальгетиков
- отказа от приема анальгетиков
- лечебной физкультуры

В случае непереносимости или неэффективности антидепрессантов для лечения хронической головной боли рекомендованы

- анксиолитики
- антикоагулянты
- опиоидные анальгетики
- антипсихотики

В качестве дополнительной терапии головной боли напряжения с выраженным напряжением перикраниальных мышц рекомендованы

- анксиолитики
- антикоагулянты
- опиоидные анальгетики
- антипсихотики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 26 лет, служащая.

Жалобы

Слабость в ногах, онемение в ногах и кистях, покалывание, стреляющие боли в ногах, усиливающиеся в ночное время, асимметрию лица справа

Анамнез заболевания

Больной пациентка себя считает около двух дней, когда впервые отметила онемение в стопах. За 2 недели до этого пациентка перенесла ОРВИ. На следующий день онемение поднялось по колен и развилась слабость в мышцах ног (стала цеплять носком пол, было тяжело подниматься по лестнице) . Утром сегодняшнего дня

пациентка, встав с кровати, упала из-за слабости в ногах, онемение поднялось до уровня середины бедер, появилось онемение в кистях. Родственники также заметили асимметрию лица справа и вызвали бригаду СМП, пациентка была госпитализирована.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголь не употребляет. Травмы, операции отрицает. Хронические заболевания отрицает. За последние 6 месяцев контактов с инфекционными больными не имела. Гепатиты В и С, ВИЧ, туберкулез отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8 градусов. Кожные покровы бледные. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, розовый. Дыхание свободное, везикулярное, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 140/90 мм рт.ст, Ps 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Физиологические функции не нарушены.

***Неврологический статус*:** Сознание ясное. Ориентирована вместе и во времени правильно. Менингеальных симптомов нет. Зрачки равные D=S. Движение глаз в полном объеме. Конвергенция сохранена.

Чувствительность на лице сохранена. Полуптоз справа, сглажена носогубная складка справа. Язык по средней линии. Двигательная сфера: мышечная сила в руках 4 балла, в ногах 2 балла, мышечный тонус в руках и ногах снижен, сухожильные рефлексы с рук снижены, равные, с ног отсутствуют. Чувствительные нарушения: гипестезия в ногах с уровня верхней трети бедер и кистях, снижение вибрационной чувствительности на ногах. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга неустойчива. Координаторные пробы: пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно с двух сторон, пяточно-коленную пробу не выполняет из-за слабости. Тазовые функции контролирует.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- анксиолитики
- антикоагулянты
- опиоидные анальгетики
- антипсихотики

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- анксиолитики
- антикоагулянты
- опиоидные анальгетики
- антипсихотики

Результаты инструментального метода обследования

На основании анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- анксиолитики
- антикоагулянты
- опиоидные анальгетики
- антипсихотики

Диагноз

Клиническими признаками, необходимыми для постановки диагноза, являются прогрессирующая(-ее) + _____ + более, чем в одной конечности;

- мышечная слабость; гиперрефлексия

- повышение мышечного тонуса; гиперрефлексия
- мышечная слабость; арефлексия
- повышение мышечного тонуса; арефлексия

Клиническим критерием, поддерживающим диагноз синдром Гийена-Барре, является наличие

- стойких тазовых нарушений
- проводниковых чувствительных нарушений
- асимметричного поражения мышц
- пареза мимических мышц

Критерием исключения синдрома Гийена-Барре является(-ются)

- нарастание мышечной слабости в течение двух-трех недель
- проводниковый уровень нарушений чувствительности
- симптомы вовлечения черепно-мозговых нервов
- накопление контрастного вещества при МРТ сплетений

Клинической формой синдрома Гийена-Барре у пациентки является

- острая моторная аксональная невропатия
- острая пандизавтономия
- острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия
- острая аксональная сенсорно-моторная невропатия

Пациентке следует назначить

- глюкокортикоиды
- антибиотики
- плазмаферез
- иммуносупрессанты

Для лечения невропатических болей препаратом выбора является

- мелоксикам
- парацетамол
- трамадол
- прегабалин

Патогенетическую терапию пациентам с синдромом Гийена-Барре рекомендовано начинать в первые

- 5 недель
- 2 недели
- 6 недель
- 24 часа

Патогенетическим препаратом для лечения синдрома Гийена-Барре является

- Азатиоприн
- Иммуноглобулин G
- Неостигмина сульфат
- Преднизолон

Пациентам, перенесших синдром Гийена-Барре, рекомендовано соблюдение охранительного режима в течение не менее + ____ + месяцев

- Азатиоприн
- Иммуноглобулин G
- Неостигмина сульфат
- Преднизолон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 58 лет обратилась к неврологу по месту жительства.

Жалобы

На жгучие боли в стопах интенсивностью до 5 баллов ВАШ, усиливающиеся в ночное время, пошатывание при ходьбе с закрытыми глазами.

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят пациентку последние 5 месяцев. Пациентка страдает СД 2 типа около 6 лет. Постоянно принимает метформин в дозе 1000 мг в сутки, уровень глюкозы натощак 7-7,5 ммоль/л. Самостоятельно не лечилась, обратилась в поликлинику за медицинской помощью.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголь не употребляет. Хронические заболевания: ГБ 2 степени повышения АД, риск ССО 3. СД 2 типа в стадии неполной компенсации. Хронический панкреатит, вне обострения. Хроническая вертеброгенная цервикалгия, люмбалгия.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8 градусов. Кожные покровы бледные. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, розовый. Дыхание свободное, везикулярное, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 140/90 мм рт.ст, Ps 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Физиологические функции не нарушены.

Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Зрачки равные D=S.

Движение глаз в полном объеме. Конвергенция не изменена. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Двигательная сфера: мышечная сила в руках и ногах 5 баллов. Тонус мышц не изменен. Рефлексы с рук живые, D=S, на ногах коленные снижены, ахилловы отсутствуют. Гипералгезия в стопах. Аллодиния. Снижение вибрационной чувствительности у основания большого пальца стоп до 4б. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга с закрытыми глазами легкое пошатывание, без четкой латерализации. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- Азатиоприн
- Иммуноглобулин G
- Неостигмина сульфат
- Преднизолон

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- Азатиоприн
- Иммуноглобулин G
- Неостигмина сульфат
- Преднизолон

Результаты инструментального метода обследования

На основании анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- Азатиоприн
- Иммуноглобулин G
- Неостигмина сульфат
- Преднизолон

Диагноз

Дифференциальный диагноз пациентке следует проводить с

- множественной мононевропатией при васкулите
- мультифокальной моторной невропатией
- В12-дефицитной полиневропатией
- синдромом Гийена-Барре

Данной пациентке показано + _____ + лечение

- консервативное
- лучевое
- химиотерапевтическое
- хирургическое

Антихолинэстразные препараты при диабетической полинейропатии применяются для

- снижения уровня сахара в крови
- улучшения проводимости по нерву
- улучшения трофики тканей
- улучшения микроциркуляции крови

У данной пациентки этиологическое лечение заключается в

- лечении сахарного диабета
- проведении курса ЛФК
- лечении невропатической боли
- улучшении проводимости поврежденных нервов

При недостаточной эффективности лечебных мероприятий необходимо назначить

- иммуноглобулины
- плазмаферез
- цитостатики
- глюкокортикоиды

Для лечения нейропатической боли назначают

- антиоксиданты
- нейролептики
- бензодиазепины
- антиконвульсанты

Препаратом патогенетической терапии в лечении диабетической полиневропатии является

- альфа-липоевая кислота
- цианокобаламин

- ацетил-L-карнитин
- альфа-токоферола ацетат

К проявлениям автономной кардиальной диабетической невропатии относится

- увеличение толерантности к физическим нагрузкам
- увеличение вариабельности сердечного ритма
- диабетическая энтеропатия
- тахикардия покоя

Профилактикой диабетической полиневропатии является контроль + _____ + в крови

- увеличение толерантности к физическим нагрузкам
- увеличение вариабельности сердечного ритма
- диабетическая энтеропатия
- тахикардия покоя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась к врачу-неврологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На слабость мышц лица («не может свистеть, пить через соломинку и т.д.»), легкое снижение слуха, слабость мышц спины и рук.

Анамнез заболевания

Дебют заболевания около трех лет назад в виде слабости мышц лица и рук, симптоматика постепенно прогрессирует.

Отец и тетя девушки по отцовской линии отмечают слабость мышц лица и конечностей, затруднения при вставании из положения лежа и сидя, а также при ходьбе. Старший брат (28 лет) пациентки здоров.

Анамнез жизни

Наличие хронических заболеваний, нейроинфекции и ЧМТ отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые чистые. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Неврологический статус: Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо гипомимично. При попытке зажмуриться – «симптом ресниц». Губы «тапира». Глотание, фонация и речь не нарушены. «Крыловидные» лопатки. Гипотрофия мышц плечевого пояса. Усилен поясничный лордоз. Сила мышц симметрично снижена в проксимальных отделах верхних конечностей. Слабость мышц спины и передней брюшной стенки. Сухожильные рефлексы не вызываются. Чувствительных нарушений нет. В пробе Ромберга устойчива. Походка не изменена.

При данной клинической картине в биохимическом анализе крови следует оценить уровень

- увеличение толерантности к физическим нагрузкам
- увеличение вариабельности сердечного ритма
- диабетическая энтеропатия
- тахикардия покоя

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом исследования является

- увеличение толерантности к физическим нагрузкам
- увеличение вариабельности сердечного ритма
- диабетическая энтеропатия
- тахикардия покоя

Результаты инструментального метода исследования

С учетом клинической картины, возраста дебюта, течения заболевания, результатов лабораторных и инструментальных исследований, рекомендовано проведение

- увеличение толерантности к физическим нагрузкам
- увеличение вариабельности сердечного ритма
- диабетическая энтеропатия
- тахикардия покоя

Результаты обследования

На основании клинической картины, анамнестических данных, а также результатов обследования, установлен диагноз

- увеличение толерантности к физическим нагрузкам
- увеличение вариабельности сердечного ритма
- диабетическая энтеропатия
- тахикардия покоя

Диагноз

Для прогрессирующей миодистрофии Ландузи-Дежерина характерен + _____ + тип наследования

- Х-сцепленный рецессивный
- аутосомно-рецессивный
- аутосомно-доминантный
- Х-сцепленный доминантный

В качестве сопутствующих нарушений при миодистрофии Ландузи-Дежерина встречается

- артериальная гипертензия
- сахарный диабет
- печеночная недостаточность
- снижение слуха

Характерным клиническим проявлением миодистрофии Ландузи-Дежерина является поражение

- ствола головного мозга
- мозжечка и его связей
- зрительного нерва
- мимической мускулатуры

Для миодистрофии Ландузи-Дежерина характерно + _____ + течение

- стационарное
- рецидивирующее
- прогрессирующее
- рецидивирующе-ремиттирующее

Из немедикаментозных методов лечения используется

- апитерапия
- арт-терапия
- ЛФК
- лимфодренажный массаж

В качестве симптоматической медикаментозной терапии при миодистрофии Ландузи-Дежерина используют

- миорелаксанты
- минералокортикоиды
- человеческий иммуноглобулин G
- энерготропные препараты

Изменение походки, встречающееся при миодистрофии Ландузи-Дежерина, носит название

- атактическая
- «утиная»
- «семенящая»
- спастическая

Прогноз для жизни пациентов с миодистрофией Ландузи-Дежерина

- атактическая
- «утиная»
- «семенящая»
- спастическая

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 43-х лет поступает в неврологическое отделение многопрофильного стационара.

Жалобы

На слабость мышц шеи, рук и ног, болезненность мышц в покое и при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 1,5 месяцев, когда после ОРВИ появились перечисленные выше жалобы. Симптоматика постепенно нарастает.

Анамнез жизни

Наличие хронических заболеваний, ЧМТ отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Температура тела 37,5°C. В легких хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 98 уд./мин. Мышцы плечевого пояса и мышцы бедер имеют тестообразную консистенцию, болезненны при пальпации.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Черепные нервы без патологии. Сила мышц снижена в сгибателях шеи и в проксимальных отделах конечностей до 3 баллов. При попытке присесть встает при помощи рук. Походка «утиная». Сухожильные рефлексы симметрично снижены. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Ведущим клиническим проявлением у пациентки является синдром

- миотонический
- акинетико-ригидный
- миастенический
- миопатический

При данной клинической картине в биохимическом анализе крови следует обратить внимание на уровень

- миотонический
- акинетико-ригидный
- миастенический
- миопатический

Результаты лабораторного показателя

В клиническом анализе крови будут отмечены

- миотонический
- акинетико-ригидный
- миастенический
- миопатический

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- миотонический
- акинетико-ригидный
- миастенический
- миопатический

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом результатов лабораторных и инструментальных исследований, полученных выше, целесообразен также поиск в сыворотке крови антител

- миотонический
- акинетико-ригидный
- миастенический
- миопатический

Результаты обследования

На основании клинической картины, анамнеза, данных дополнительных обследований, можно поставить диагноз

- миотонический
- акинетико-ригидный
- миастенический
- миопатический

Диагноз

У пациентки + _____ + течение заболевания

- хроническое
- рецидивирующее

- латентное
- подострое

Препаратами первой линии для лечения полимиозита являются

- антибиотики
- иммуноглобулин G
- антихолинэстеразные препараты
- кортикостероиды

При отсутствии эффекта от кортикостероидов к лечению следует добавить

- антибиотики
- антиагреганты
- цитостатики
- антиоксиданты

Критерием медикаментозной ремиссии при полимиозите является

- снижение уровня лейкоцитов
- нормализация СОЭ
- нормализация С-реактивного белка
- уменьшение клинических симптомов

К осложнениям полимиозита относится

- острая печеночная недостаточность
- дыхательная недостаточность
- эпилептический статус
- ишемический инсульт

Исходом заболевания при адекватной терапии является

- острая печеночная недостаточность
- дыхательная недостаточность
- эпилептический статус
- ишемический инсульт

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 53-х лет поступает в неврологическое отделение многопрофильного стационара

Жалобы

На двоение в глазах, выраженную слабость и утомляемость, которые усиливаются к концу дня, вплоть до вынужденных остановок для отдыха («дорога домой стала занимать очень много времени»), изменение тембра голоса, поперхивание при приеме пищи.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 2 лет, когда появилась слабость мышц конечностей, возникающая при физической нагрузке и регрессирующая в покое, постепенно присоединились двоение в глазах, носовой оттенок голоса, поперхивание при глотании. Течение заболевания медленно прогрессирующее. Ранее к врачам не обращался.

Анамнез жизни

Наличие хронических заболеваний, нейроинфекции и ЧМТ отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Лимфоузлы не увеличены. ЧСС 60 уд/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены.

***Неврологический статус*:** Ограничение движения глазных яблок по горизонтали, двусторонний полуптоз D>S, дисфония, дисфагия, небный и глоточный рефлекс симметрично снижены. Слабость мышц конечностей и шеи – 4 балла. Быстрая утомляемость при повторных движениях: сжать-разжать кулак, поднять-опустить руки и др. На фоне физической нагрузки - снижение силы мышц до 2 баллов. Сухожильные рефлекс снижены, S=D. Патологических рефлексов нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Ведущим клиническим проявлением у пациента является + _____ + синдром

- миастенический
- миотонический
- акинетико-ригидный
- миопатический

Следует провести определение в плазме крови антител к

- миастенический
- миотонический
- акинетико-ригидный
- миопатический

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- миастенический
- миотонический
- акинетико-ригидный
- миопатический

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом результатов лабораторных и инструментальных исследований целесообразно провести фармакологическую пробу с

- миастенический
- миотонический
- акинетико-ригидный
- миопатический

Результаты обследования

На основании клинической картины, анамнеза, данных дополнительного обследования, можно поставить диагноз

- миастенический
- миотонический
- акинетико-ригидный
- миопатический

Диагноз

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- мультисистемной атрофией
- синдромом Ламберта-Итона
- болезнью Гентингтона
- аутоиммунным тиреоидитом

Для компенсирующей терапии при миастении широко используется

- циклофосфан
- азатиоприн
- циклоспорин
- калимин

Терапия глюкокортикостероидами при миастении используется в качестве

- этиотропной
- симптоматической
- заместительной
- патогенетической

При недостаточной эффективности кортикостероидов используются

- антиагреганты
- препараты тиоктовой кислоты
- цитостатики
- статины

Учитывая данные КТ средостения, пациенту показано(-а)

- введение стволовых клеток
- высокодозная химиотерапия
- трансплантация костного мозга
- хирургическое лечение

Осложнением миастении является

- эпилептический статус
- панические атаки
- кинезиогенная дистония
- миастенический криз

Лечение миастенического криза следует проводить в условиях отделения

- эпилептический статус
- панические атаки
- кинезиогенная дистония
- миастенический криз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 31 год обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

- * опущение век и двоение в глазах, которые усиливаются к концу дня, при длительном чтении
- * слабость в конечностях, нарастающая к концу дня

Анамнез заболевания

Заболевание дебютировало около 2 лет назад с двоения в глазах при нагрузке (чтение), затем стали опускаться веки. Около полугода назад появилась слабость в конечностях, которая также нарастала после физических нагрузок и к концу дня. Последние две недели состояние пациентки ухудшилось в виде нарастания слабости в конечностях и ее появления при минимальной физической нагрузке.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, стадия ремиссии. Хронический панкреатит, вне обострения.

- * Профессиональный анамнез: педагог по образованию, профессиональные вредности отрицает.
 - * Вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики) отрицает.
- Наследственный анамнез: не отягощен.

Объективный статус

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Лимфоузлы не увеличены. ЧСС 85 уд/мин. ЧДД 18 в мин.

Неврологический статус: ограничение движений глазных яблок вверх, вниз, полуптоз, невозможность открыть глаза самостоятельно после нескольких активных движений (зажмуривание глаз). «Маскообразное лицо», глотание и речь сохранены, глоточный рефлекс снижен. Сила мышц конечностей снижена в трехглавой мышце плеча до 4 б (после повторных движений в этой мышце слабость нарастает до 2-3 б), в дельтовидной и двуглавой мышцах плеча – до 4 б. В ногах сила достаточная, однако у пациентки после 10 приседаний появляется слабость в передней группе мышц бедер до 4 б. Сухожильные рефлексы вызываются, D=S. Мышечных гипотрофий нет. Чувствительность сохранена. В пробе Ромберга устойчива. Пальце-носовую пробу и коленно-пяточную пробу выполняет удовлетворительно. Тазовых нарушений нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение антител к

- эпилептический статус
- панические атаки
- кинезиогенная дистония
- миастенический криз

Результаты лабораторных методов исследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- эпилептический статус
- панические атаки
- кинезиогенная дистония
- миастенический криз

Результаты инструментального метода обследования

Для фармакологического теста используют

- анаприлин
- алкоголь

- леводопу
- прозерин

Дополнительным инструментальным методом обследования является

- анаприлин
- алкоголь
- леводопу
- прозерин

Результаты инструментального метода обследования

На основании клинической картины, анамнеза, результатов обследования можно поставить диагноз

- анаприлин
- алкоголь
- леводопу
- прозерин

Диагноз

По 5-балльной шкале MGFA тяжесть клинических проявлений миастении соответствует + _____ + стадии

- 4А
- 1
- 3В
- 2А

Препаратом первой линии в лечении данной пациентки является

- амантадина сульфат
- натрия вальпроат
- неомицина сульфат
- пиридостигмина бромид

При недостаточной эффективности антихолинэстеразных препаратов пациентке следует назначить

- циклоспорин
- преднизолон
- циклофосфамид
- азатиоприн

Средняя доза преднизолона составляет + _____ + мг/кг в сутки

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

При развитии миастенического криза назначается

- азатиоприн
- плазмаферез
- циклофосфамид
- циклоспорин

При наличии показаний для назначения иммуноглобулина G продолжительность его внутривенного введения составляет + ____ + дней

- 60
- 15
- 5
- 30

Хирургическое лечение (тимэктомия) в данном случае

- 60
- 15
- 5
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 лет обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

Предъявляет жалобы на скованность, замедленность движений, дрожание (больше в левой руке и ноге), которые умеренно затрудняют самообслуживание, падения («тянет вперед» и нарушается равновесие), снижение памяти, замедленность мышления.

Анамнез заболевания

Начало симптомов около 7 лет назад со «скованности» в левой руке и ноге, около 3 лет назад симптомы стали отмечаться и в правой руке. Дрожание изначально также было асимметричным (только в левой руке и ноге), затем стало двусторонним; исчезает при движениях, во сне. Падения появились около полугода назад. Ранее за медицинской помощью не обращалась.

Анамнез жизни

- * Из хронических заболеваний отмечает хронический гастрит.
- * В анамнезе аппендэктомия.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имела.
- * Аллергических реакций не было.
- * ЧМТ, инфекционные заболевания отрицает.

Объективный статус

При осмотре кожные покровы чистые, бледные. Язык обложен у корня бело-желтым налетом. Лимфоузлы не увеличены.

Неврологический статус: Зрачки D=S, слабость конвергенции. Легкая асимметрия правой носогубной складки. Язык по средней линии. Глотание и фонация в норме, глоточные рефлексы высокие. Вызываются рефлексы орального автоматизма. Гипомимия. Сухожильные рефлексы D=S. Патологических рефлексов нет. Гипертонус по пластическому типу с левой стороны. Тремор покоя в левой руке, низкочастотный, крупноамплитудный. Гипокинезия в конечностях при выполнении динамических проб (больше в левых). Постуральная неустойчивость, пропульсия при ходьбе. Походка мелкими шаркающими шагами, корпус тела наклонен вперед.

Для дифференциальной диагностики двигательных нарушений, выявленных у пациентки, целесообразно провести пробу

- 60

- 15
- 5
- 30

Результаты обследования

Состояние когнитивных функций у этой пациентки можно оценить с помощью шкалы

- 60
- 15
- 5
- 30

Результаты обследования

У пациентки можно выделить синдром

- бульбарный
- миастенический
- паркинсонизма
- миопатический

На основании анамнеза, клинической картины устанавливается диагноз болезни

- бульбарный
- миастенический
- паркинсонизма
- миопатический

Диагноз

У пациентки имеется + _____ + форма заболевания

- дрожательная
- смешанная
- постуральная
- акинетико-ригидная

У пациентки имеется + _____ + стадия заболевания по Хен и Яру

- 4
- 5
- 2
- 3

У пациентки имеется + _____ + темп прогрессирования заболевания

- сверхбыстрый
- быстрый
- медленный
- умеренный

С учетом возраста пациентки и тяжести симптомов, следует назначить

- леводопу в минимальной эффективной дозе
- ингибитор MAO-B

- леводопу в максимальной суточной дозе
- агонист дофаминовых рецепторов

В случае недостаточной эффективности терапии у данной пациентки необходимо

- назначить антипсихотические препараты
- увеличить дозу леводопы до оптимального уровня
- направить на нейрохирургическое лечение
- добавить холинолитический препарат

При появлении двигательных флюктуаций и дискинезий пациентке необходимо добавить к терапии

- холинолитик
- ингибитор АПФ
- ингибитор КОМТ
- антидепрессант

В случае появления галлюцинаций, депрессивных расстройств, апатии, для согласования тактики лечения пациентке необходимо назначить консультацию

- психолога
- эндокринолога
- терапевта
- психиатра

При болезни Паркинсона на МРТ головы наблюдается

- психолога
- эндокринолога
- терапевта
- психиатра

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 39 лет обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

Предъявляет жалобы на непроизвольные, неритмичные движения в конечностях (вычурное жестикулирование, разбрасывание рук), шее, лице (grimacing), «пританцовывание», которые усиливаются при волнении и исчезают только во сне; нарушение памяти.

Анамнез заболевания

Начало симптомов около 3 лет назад, в начале болезни временно могла частично подавлять насильственные движения, при этом самообслуживание не страдало.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональных вредностей не имеет.

Аллергических реакций не было.

ЧМТ, инфекционные заболевания отрицает.

Наследственный анамнез: отягощен. У матери и у деда со стороны матери отмечались непроизвольные движения

Объективный статус

При осмотре ярко выраженное двигательное беспокойство, пациентка не может спокойно сидеть на одном месте. Кожные покровы чистые, бледные. Лимфоузлы не увеличены.

***Неврологический статус*:** Увеличение латентности и замедление скорости саккадических движений глазных яблок. Не может зафиксировать взгляд на молоточке. Язык по средней линии. Глотание и фонация в норме. Гиперкинезия (неритмичные, отрывистые, кажущиеся произвольными движения кистей – по типу «играющих на пианино пальцев», а также резкие, размашистые движения, вовлекающие конечность целиком). Патологических рефлексов нет. Мышечный тонус снижен. Пальце-носовая и колено-пяточная пробы – мимопадание вследствие гиперкинезов. Походка пританцовывающая, стоять спокойно не может, переступает с ноги на ногу.

С учетом возраста, анамнеза, клинической картины необходимо рекомендовать пациентке ДНК-диагностику, чтобы выявить наличие/отсутствие мутации в гене

- психолога
- эндокринолога
- терапевта
- психиатра

Результаты обследования

В качестве инструментального исследования пациентке следует провести

- психолога
- эндокринолога
- терапевта
- психиатра

Результаты инструментального исследования

Имеющийся у пациентки гиперкинез можно охарактеризовать как

- тремор
- миоклонус
- атетоз
- хорею

На основании клинической картины, анамнеза, данных дополнительных обследований можно диагностировать

- тремор
- миоклонус
- атетоз
- хорею

Диагноз

Заболевание пациентки наследуется по + _____ + типу

- X-цепленному рецессивному
- аутосомно-рецессивному
- Y-цепленному
- аутосомно-доминантному

Заболевание у данной пациентки протекает в виде + _____ + формы

- психической
- классической
- ригидной ювенильной
- ригидной поздней

Терапию гиперкинезов данной пациентке необходимо проводить

- ингибитором ангиотензинпревращающего фермента
- ингибитором везикулярного переносчика моноаминов 2 типа
- ингибитором катехол-О-метилтрансферазы
- леводопой/ингибитором дофадекарбоксилазы

Перед назначением тетрабеназина необходимо выяснить у пациентки наличие нарушений

- сна
- дефекации
- глотания
- мочеиспускания

При подборе дозы тетрабеназина требуется мониторинг

- электрокардиограммы
- артериального давления
- электроэнцефалографии
- уровня белка в моче

Для коррекции когнитивных нарушений может быть рекомендован

- галоперидол
- мемантин
- препарат лития
- ривастигмин

Когнитивные функции оценивают с помощью шкалы

- Гамильтона
- Спилбергера-Ханина
- Эпворта
- монреальской

Феномен нарастания тяжести течения заболевания в каждом последующем поколении в данной семье называется феноменом

- Гамильтона
- Спилбергера-Ханина
- Эпворта
- монреальской

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 52 лет обратилась к врачу-неврологу, на приеме в сопровождении сестры.

Жалобы

Предъявляет жалобы на скованность, замедленность движений, затруднение глотания, неразборчивость речи. Со слов сестры, в последние 2 года стали заметны нарушения памяти, стойкое снижение фона настроения; уменьшение массы тела на 6-7 кг.

Анамнез заболевания

Начало симптомов около 7 лет назад. В начале болезни беспокоили неритмичные, произвольные движения в конечностях (вычурное жестикулирование, «пританцовывание»), шее, лице (гримасничанье). Около года назад эти симптомы начали сменяться жалобами на скованность и замедленность движений. Гиперкинезы проявляются при волнении. Самостоятельно сдерживать их не может.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

В анамнезе холецистэктомия.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональных вредностей не имеет.

Аллергических реакций не было.

ЧМТ, инфекционные заболевания отрицает.

Наследственный анамнез отягощен: у отца и деда со стороны отца отмечалась хорей.

Объективный статус

При осмотре ярко выраженное двигательное беспокойство, пациентка не может спокойно сидеть. Кожные покровы чистые, бледные. Лимфоузлы не увеличены.

***Неврологический статус*:** Не может зафиксировать взгляд на молоточке. Насильственные движения языка, мышц глотки и гортани – не может держать язык, выведенным из полости рта более 5 секунд. Дисфагия.

Дизартрия. Гиперкинез мышц языка, глотки, лица (неритмичные, отрывистые, кажущиеся произвольными движения мимических мышц); червеобразные движения пальцев рук. Сухожильные рефлексы D=S.

Патологических рефлексов нет. Пальце-носовая и колено-пяточная пробы – мимопопадание вследствие гиперкинезов. Походка пританцовывающая, стоять спокойно не может. Легкая постуральная неустойчивость в позе Ромберга.

С учетом возраста, анамнеза, клинической картины необходимо рекомендовать пациентке ДНК-диагностику, чтобы выявить наличие/отсутствие мутации в гене

- Гамильтона
- Спилбергера-Ханина
- Эпворта
- монреальской

Результаты обследования

В качестве инструментального исследования пациентке следует провести

- Гамильтона
- Спилбергера-Ханина
- Эпворта
- монреальской

Результаты обследования

Когнитивные функции пациентки целесообразно оценить с помощью

- Гамильтона
- Спилбергера-Ханина
- Эпворта
- монреальской

Результаты обследования

С учетом двигательного рисунка, ведущим типом гиперкинеза у данной пациентки является

- хорea
- тремор
- миоклонус
- баллизм

На основании клинической картины, анамнеза, данных дополнительного обследования, можно выставить диагноз

- хорea
- тремор
- миоклонус
- баллизм

Диагноз

У пациентки имеется + _____ + форма заболевания

- ригидная поздняя
- психическая
- классическая
- ригидная ювенильная

Для коррекции брадикинезии и акинетико-ригидного синдрома пациентке нужно назначить

- пропранолол
- клоназепам
- тетрабеназин
- амантадин

Учитывая наличие депрессивной симптоматики, необходимо также назначить

- тетрабиназин
- вальпроат натрия
- венлафаксин
- галоперидол

С учетом наличия у пациентки когнитивных нарушений может быть рекомендован

- галоперидол
- ривастигмин
- препарат лития
- мемантин

У данной пациентки необходимо следить за динамикой

- массы тела
- артериального давления
- роста
- пульса

Заболевание пациентки наследуется по + _____ + типу

- Х-сцепленному рецессивному
- Y-сцепленному
- аутосомно-доминантному
- аутосомно-рецессивному

Здоровому сыну пациентки 12 лет, проводить ДНК-диагностику на болезнь Гентингтона в настоящее время

- Х-сцепленному рецессивному
- Y-сцепленному
- аутосомно-доминантному
- аутосомно-рецессивному

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 36 лет обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

На головные боли давящего, сжимающего характера, двусторонние, ВАШ 5 баллов, без тошноты, рвоты, иногда со светобоязнью или звукобоязнью.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 6 месяцев, когда после тяжелого жизненного периода (увольнение с работы) стала отмечать появление головных болей давящего, сжимающего характера (по типу «каска», «обруча»), чаще с вовлечением лба, висков, темени, двусторонние, ВАШ 4-5 баллов. Боль длится несколько часов (купируется приемом анальгетика), не усиливается при физической нагрузке, не сопровождается тошнотой, рвотой. Иногда отмечает свето-, звукобоязнь во время приступа. Частота эпизодов головной боли - около 4-5 раз в неделю. Принимает Цитрамон или Кетонал не более двух раз в неделю с положительным эффектом.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: нет
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * Профессиональных вредностей: не имеет
- * Аллергических реакций: не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Неврологический статус

Пациентка в ясном сознании, ориентирована в месте, времени и собственной личности, эмоционально-лабильна. HADS 12/5 – клинически выраженная тревога. 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 – норма. 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 сохранены, равномерные, патологических знаков нет. Расстройств чувствительности не выявлено. В позе Ромберга устойчива, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует. Менингеальные знаки отрицательные.

Для постановки правильного диагноза данной пациентке, помимо стандартного клинико-неврологического осмотра, необходимо провести

- Х-сцепленному рецессивному
- Y-сцепленному
- аутосомно-доминантному
- аутосомно-рецессивному

Результаты обследования

Для исключения симптоматического характера головной боли рекомендуется проведение дополнительных инструментальных и/или лабораторных исследований при наличии у пациентки

- легкой тошноты при приступе головной боли
- органической неврологической симптоматики
- напряжения перикраниальных мышц
- звукобоязни при приступе головной боли

На основании результатов проведенного обследования данной больной можно поставить диагноз

- легкой тошноты при приступе головной боли
- органической неврологической симптоматики
- напряжения перикраниальных мышц
- звукобоязни при приступе головной боли

Диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- невралгией тройничного нерва
- кластерной цефалгией
- мигренью без ауры
- субарахноидальным кровоизлиянием

К провоцирующему фактору развития головной боли напряжения у данной пациентки относят

- недостаток сна
- прием кофеина
- занятия спортом
- эмоциональный стресс

Для купирования болевых эпизодов при головной боли напряжения препаратом первой линии является

+ _____ +

+ ___ + мг

- ибупрофен 400
- суматриптан 50
- тизанидин 2
- метамизол натрия 500

Препаратом первого выбора в профилактической терапии хронической головной боли напряжения является

- amitriptilin
- верапамил
- эсциталопрам
- прегабалин

К препаратам, *НЕ* рекомендуемым для профилактики головной боли напряжения, относят

- ноотропные средства
- антиконвульсанты
- миорелаксанты
- антидепрессанты

НПВС для купирования эпизодов головной боли напряжения могут применяться не более + _____ + раз в месяц

- 15
- 20
- 4
- 8

Детоксикационная терапия при лекарственно-индуцированной головной боли включает

- вазоактивные препараты
- ноотропные препараты
- анксиолитики
- глюкокортикостероиды

К нелекарственному методу лечения головной боли напряжения (с доказанной эффективностью) относят

- кинезиотейпирование
- электромиографическую биологическую обратную связь
- мануальную терапию
- остеопатию

Основными характеристиками головной боли напряжения являются

- кинезиотейпирование
- электромиографическую биологическую обратную связь
- мануальную терапию
- остеопатию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 20 лет госпитализирована бригадой СМП в тяжелом состоянии.

Жалобы

Жалобы на двоения предметов, опущение правого века, тошноту, головокружение, «пелену» перед глазами, шаткость при ходьбе, нечеткость речи, затруднение при глотании

Анамнез заболевания

Заболела остро: утром после пробуждения появились вышеописанные жалобы.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания считала себя абсолютно здоровой. Изредка болела ОРВИ. + Проживает в общежитии.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Температура тела $37,4^{\circ}\text{C}$, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 70 ударов в мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин. Живот мягкий безболезненный с явлениями метеоризма. Перистальтика сохранена. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Мочевой пузырь не пальпируется.

Неврологический статус: уровень сознания – ясное, вялая, адинамичная, несколько заторможена.

Инструкции выполняет, ориентирована в пространстве, времени и личности. Менингеальных знаков нет.

Двусторонний полуптоз. Глазные щели DS, реакция на свет ослаблена с двух сторон, реакция на аккомодацию и конвергенцию снижена с двух сторон. Нистагма нет. Мимика симметричная. Язык по средней линии.

Дизартрия, дисфония, дисфагия, глоточный рефлекс отсутствует. Симптомов орального автоматизма нет.

Мышечная сила достаточная, тонус мышц низкий. Сухожильные рефлексы D=S, живые, зоны не расширены.

Патологических стопных знаков нет. Нарушений чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет с промахиванием с двух сторон. В позе Ромберга отмечается легкое пошатывание

Нарушения глотания у больной развились как проявление + _____ + синдрома

- бульбарного
- менингеального
- корешкового
- псевдобульбарного

Глазодвигательные нарушения у больной можно рассматривать как проявление + _____ + офтальмоплегии

- односторонней наружной
- двусторонней смешанной
- односторонней смешанной
- двусторонней наружной

Для уточнения диагноза пациентке необходимо проведение

- односторонней наружной
- двусторонней смешанной
- односторонней смешанной
- двусторонней наружной

Результаты обследования

Учитывая острое развитие очаговой неврологической симптоматики, больной показано проведение

- односторонней наружной
- двусторонней смешанной
- односторонней смешанной
- двусторонней наружной

Результаты обследования

Получены данные общего анализа крови: лейкоцитоз $12 \cdot 10^9 / \text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

В дополнение к анамнезу была получена информация, что накануне вечером пациентка ела консервированную горбушу.

Предполагаемым диагнозом является

- односторонней наружной
- двусторонней смешанной
- односторонней смешанной
- двусторонней наружной

Диагноз

Дифференциальный диагноз ботулизма проводят с миастенией, синдромом Фишера и

- энцефалопатией Вернике
- болезнями моторного нейрона
- ишемическим инсультом
- вирусным энцефалитом

Для дифференциальной диагностики ботулизма с синдромом Фишера используют

- энцефалопатией Вернике
- болезнями моторного нейрона
- ишемическим инсультом
- вирусным энцефалитом

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики ботулизма и энцефалопатии Вернике используют введение

- прозерина
- пиридоксина
- L-карнитина
- тиамин

Пациентке в первую очередь показано назначение

- антитоксической противоботулинической сыворотки
- цефотаксима
- гамма-глобулина
- цитиколина

С целью предупреждения анафилактических реакций до использования сыворотки больной вводят

- иммуноглобулин
- адреналин
- преднизолон
- супрастин

Экзотоксин при ботулизме

- блокирует кальциевые каналы ацетилхолиновых рецепторов
- усиливает высвобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны
- блокирует высвобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны
- уменьшает число рецепторов к ацетилхолину на постсинаптической мембране

Ботулинический токсин погибает при кипячении продуктов на водяной бане в течение + _____ + мин

- блокирует кальциевые каналы ацетилхолиновых рецепторов
- усиливает высвобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны
- блокирует высвобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны
- уменьшает число рецепторов к ацетилхолину на постсинаптической мембране

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пожилой мужчина 62 лет обратился к неврологу по месту жительства

Жалобы

На интенсивные боли в поясничной области с иррадиацией в правую ногу, боли в коленных суставах

Анамнез заболевания

Боли в спине возникли неделю назад после подъема тяжестей. Самостоятельно дома использовал обезболивающие мази с непродолжительным эффектом. Боли в коленных суставах беспокоят много лет, связаны с развитием псориатического артрита. Наблюдается у травматолога по месту жительства, эпизодически получает внутрисуставные инъекции кортикостероидов.

Анамнез жизни

Не курит, злоупотребляет алкоголем. На пенсии. Страдает псориазом, псориатическим артритом, сахарным диабетом 2 типа (принимает метформин).

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Псориатические высыпания в области локтевых суставов, коленных. Коленные суставы деформированы, отечны. Объем активных движений в них резко снижен. Нормостеническое телосложение, повышенного питания. Рост 172 см, масса тела – 96 кг. Температура тела 37,0⁰С, АД 120/60 мм рт.ст., пульс 78 ударов в мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин

Неврологический статус: уровень сознания: ясное. Менингеальных знаков нет. Черепные нервы интактны. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов, слабость первого пальца правой стопы. Сухожильные рефлексы с рук D=S, с ног коленные D=S, ахилловы D=S, патологических знаков нет. Брюшные рефлексы сохранены. Выявлена болевая гипестезия по передне-боковой поверхности голени и в области тыла стопы. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Положительные симптомы Нери, Ласега справа - 30⁰

Симптом Ласега относится к симптомам

- выпадения
- менингеальным
- натяжения
- миопатическим

Изменения неврологического статуса свидетельствуют о поражении

- малоберцового нерва
- корешка S1
- корешка L5
- седалищного нерва

Для постановки диагноза пациенту необходимо назначить

- малоберцового нерва
- корешка S1
- корешка L5
- седалищного нерва

Результаты обследования

Пациенту можно поставить диагноз: Люмбоишиалгия. Радикулопатия + _____ + вследствие грыжи диска + _____ + с выраженным болевым синдромом, фаза

- малоберцового нерва
- корешка S1
- корешка L5
- седалищного нерва

Диагноз

Пациенту были назначены паравerteбральные блокады с дексаметазоном, витаминами группы В, диклофенак внутримышечно, толперизон перорально. На фоне лечения отмечалась положительная динамика в виде купирования болевого синдрома, регресса пареза первого пальца стопы. Однако, через 10 дней после стабилизации состояния, болевой синдром усилился, боль стала опоясывающей, появилась выраженная общая слабость, лихорадка до 39,9⁰ С с ознобом, падение АД до 80/60 мм рт.ст. , появилась выраженная слабость в ногах с высокими сухожильными рефлексами, патологическими стопными знаками, нарушение функции тазовых органов.

В ОАК - лейкоцитоз до $25 \cdot 10^9$ /л

Учитывая динамику состояния, в первую очередь, пациенту показано проведение МРТ

- малоберцового нерва
- корешка S1
- корешка L5
- седалищного нерва

Результаты обследования

Учитывая анамнез заболевания, предварительный диагноз у пациента звучит как

- интрамедуллярная опухоль
- экстрамедуллярная опухоль
- спинальный субдуральный абсцесс
- спинальный эпидуральный абсцесс

Пациенту необходимо дообследование в форме + _____ + крови

- интрамедуллярная опухоль
- экстрамедуллярная опухоль
- спинальный субдуральный абсцесс
- спинальный эпидуральный абсцесс

Результаты обследования

При КТ органов малого таза выявлен абсцесс правой подвздошно-поясничной мышцы, 2,5*3,0 см

Пациенту срочно показана консультация

- нейрохирурга и гнойного хирурга
- врача-инфекциониста
- гнойного хирурга
- нейрохирурга и травматолога

В первую очередь пациенту показано

- проведение повторных люмбальных пункций
- проведение плазмафереза
- физиотерапевтическое лечение
- хирургическое лечение

Продолжительность антибактериальной терапии после хирургического лечения при спинальных эпидуральных абсцессах составляет

- 10 дней
- 6 месяцев
- 2-4 недели
- 2 месяца

Основным возбудителем спинального эпидурального абсцесса является

- гемофильная палочка
- стрептококк
- стафилококк
- синегнойная палочка

Основной путь распространения инфекции при спинальном эпидуральном абсцессе - это

- гемофильная палочка
- стрептококк
- стафилококк
- синегнойная палочка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 56 лет госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи

Жалобы

Жалобы на интенсивные боли в нижнегрудной и поясничной области опоясывающего характера с иррадиацией в ноги, слабость в ногах

Анамнез заболевания

Полтора месяца назад пациент отдыхал в Болгарии, во время отдыха заболел пневмонией, лечение проходил в домашних условиях. Кашель регрессировал, но сохранялась субфебрильная температура $37,2^{\circ}\text{C}$ – $37,6^{\circ}\text{C}$. Постепенно стала нарастать общая слабость, после возвращения в Москву через 3 недели от момента заболевания появилась опоясывающая боль в поясничной области. Боль нарастала, на прием анальгетиков был слабый эффект. Накануне вечером пациент обратился к мануальному терапевту, был проведен сеанс мануальной терапии, после которого болевой синдром усилился. При возвращении домой поднялась температура до $39,9^{\circ}\text{C}$, пациент принял жаропонижающие и уснул. Проснулся в 3 часа ночи от чувства озноба, при попытке встать с кровати ощутил слабость в ногах. В связи с чем вызвал бригаду скорой помощи.

Анамнез жизни

Не курит, не злоупотребляет алкоголем. Работает директором фирмы. В течение 10 лет отмечает эпизодические подъемы артериального давления до 160/90 мм рт.ст. Гипотензивные препараты не принимает.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Кожные покровы гиперемированы, горячие на ощупь. Нормостенического телосложения, нормального питания. Рост 182 см, масса тела – 96 кг. Температура тела $39,9^{\circ}\text{C}$, АД 90/60 мм рт.ст., пульс 120 уд/мин, ритмичный, тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, ритмичное. ЧДД 18 в мин

Неврологический статус: уровень сознания: ясное. Отмечается ригидность шейных мышц, симптом Кернига положительный с двух сторон. Зрачки D=S, реакция на свет сохранена. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Косоглазия нет. Мимика симметричная. Небный и глоточный рефлексы сохранены. Язык по средней

линии. Мышечная сила в руках – 5 баллов, в ногах: проксимально – 4 балла, дистально – 4 балла. Сухожильные рефлексы с рук D=S, с ног D=S высокие, двусторонний симптом Бабинского. Брюшные рефлексы не вызываются с обеих сторон. Выявлена болевая гипестезия с уровня паховых складок. В ногах грубое нарушение двумерно-пространственного чувства. Мышечно-суставное чувство нарушено в пальцах стоп и коленных суставах с двух сторон. Координаторные пробы: пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно, пяточно-коленную - с грубым мимопаданием. В позе Ромберга выраженная неустойчивость при закрывании глаз. Походка «штампующая», на широкой базе.

Двигательные нарушения, выявленные у больного, расцениваются как проявления + _____ + нижнего парапареза

- центрального
- смешанного
- периферического
- экстрапирамидного

У пациента выявлены нарушения чувствительности по + _____ + типу

- полиневритическому
- корковому
- проводниковому
- сегментарному

Кроме общеинфекционного и очагового, у пациента имеется и + _____ + синдром

- акинетико-ригидный
- менингеальный
- атактический
- гипертензионный

Данные неврологического статуса позволяют предположить локализацию поражения на уровне

- периферических нервов
- L1 сегментов спинного мозга
- лобных долей на уровне межполушарной щели
- T11-T12 сегментов спинного мозга

В первую очередь пациенту показано проведение

- периферических нервов
- L1 сегментов спинного мозга
- лобных долей на уровне межполушарной щели
- T11-T12 сегментов спинного мозга

Результаты обследования

Учитывая анамнез заболевания, предварительный диагноз у пациента можно определить как

- периферических нервов
- L1 сегментов спинного мозга
- лобных долей на уровне межполушарной щели
- T11-T12 сегментов спинного мозга

Диагноз

Для определения тактики лечения необходима срочная консультация

- нейрохирурга
- инфекциониста
- фтизиатра
- гнойного хирурга

В первую очередь пациенту назначается

- повторная люмбальная пункция
- хирургическое лечение
- физиотерапия
- лечебная физкультура

После дренирования очага пациенту назначается + _____ + терапия

- метаболическая
- иммуномодулирующая
- сосудистая
- антибактериальная

Продолжительность антибактериальной терапии при спинальных эпидуральных абсцессах составляет

- 10 дней
- 2 месяца
- 2-4 недели
- 6 месяцев

Основным возбудителем спинального эпидурального абсцесса является

- стафилококк
- гемофильная палочка
- синегнойная палочка
- стрептококк

Основной путь распространения инфекции при спинальном эпидуральном абсцессе - это

- стафилококк
- гемофильная палочка
- синегнойная палочка
- стрептококк

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 50 лет, служащий.

Жалобы

На пульсирующие головные боли, преимущественно в области правого глаза и виска, которые сопровождаются слезотечением, преимущественно в ночное время суток, длительностью не более 1 часа в течение 5-7 дней в осенний и весенний периоды. Интенсивность боли по ВАШ 10 баллов.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появилась пульсирующая головная боль продолжительностью 15 минут, локализующаяся в окологлазничной области с одной стороны. Боль сопровождается слезотечением, птозом правого века, не купирующаяся НПВС, возникающая в ночное время

суток. Головные боли длятся периодами 2-3 недели в осенний и весенний периоды. Пациент наблюдался у невролога по месту жительства, получал амбулаторное лечение (НПВС) без улучшения.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголь не употребляет. Травмы, операции отрицает. Хронические заболевания отрицает. За последние 6 месяцев контактов с инфекционными больными не имел. Гепатиты В и С, ВИЧ, туберкулез отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы бледные. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, розовый. Дыхание свободное, везикулярное, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 120/80 мм рт.ст., Ps 60 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Физиологические функции не нарушены.

***Неврологический статус*:** Сознание ясное. Ориентирован в месте и времени правильно. Зрачки равные D=S. Движение глазных яблок в полном объеме. Конвергенция сохранена. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях 5 баллов. Тонус не изменен. Рефлексы с рук и ног живые, симметричные. Патологических рефлексов нет. Чувствительность не изменена. Менингеальных симптомов нет. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Для постановки диагноза необходим анализ

- стафилококк
- гемофильная палочка
- синегнойная палочка
- стрептококк

Результаты обследования

Для постановки диагноза пациенту следует назначить

- стафилококк
- гемофильная палочка
- синегнойная палочка
- стрептококк

Результаты обследования

На основании анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных данных можно выставить предполагаемый основной диагноз

- стафилококк
- гемофильная палочка
- синегнойная палочка
- стрептококк

Диагноз

Дифференциальную диагностику стоит проводить с

- хронической мигренью
- мигренозным статусом
- мигренью с аурой
- посттравматической головной болью

Наиболее эффективным методом купирования приступа кластерной головной боли является приём

- метамизол натрия
- трамадола
- диклофенака
- ингаляций кислорода

Для лечения приступа кластерной головной боли рекомендуется

- суматриптан
- амитриптилин
- трамадол
- кетонал

Для профилактики кластерной головной боли рекомендован

- габапентин
- амитриптилин
- нифедипин
- верапамил

Профилактическим эффектом при кластерной головной боли из группы противосудорожных препаратов обладает

- топирамат
- карбамазепин
- ламотриджин
- левитирацетам

Препарат для профилактической терапии кластерной головной боли с уровнем доказательности А

- β -адреноблокаторов
- НПВС
- преднизолон
- опиоидных анальгетиков

Пациентам с кластерной головной болью в период пучка рекомендуется отказаться от

- кофе
- алкоголя
- шоколада
- пряностей

При неэффективности терапии при кластерной головной боли рекомендуется назначение консультации

- гастроэнтеролога
- кардиолога
- нейрохирурга
- генетика

С целью купирования болевого пучка при ПГБ показано проведение лечебных блокад

- гастроэнтеролога
- кардиолога
- нейрохирурга
- генетика

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 31 год, служащая.

Жалобы

На пульсирующие головные боли, преимущественно в правой половине головы, периодичностью 5-8 раз в месяц, сопровождающиеся рвотой. Интенсивность боли по ВАШ: минимально 5 баллов, максимально 10.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около года, когда впервые появилась пульсирующая головная боль, которая длилась 4 часа и не купировалась приемом НПВС. Частота головных болей была около 3 раз в месяц. Пациента наблюдалась у невролога по месту жительства, получала амбулаторное лечение (НПВС, физиопроцедуры) без улучшения. Полгода назад частота приступов головных болей увеличилась до 5-8 в месяц.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголь не употребляет. Травмы, операции отрицает. Хронические заболевания отрицает. За последние 6 месяцев контактов с инфекционными больными не имела. Гепатиты В и С, ВИЧ, туберкулез отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы бледные. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, розовый. Дыхание свободное, везикулярное, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 120/80 мм рт.ст, Ps 60 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Физиологические функции не нарушены.

Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Зрачки равные D=S. Движение глазных яблок в полном объеме. Конвергенция сохранена. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Мышечная сила в руках 5 баллов. Тонус в руках не изменен. Рефлексы с рук живые, равные. Чувствительность рук не изменена. Мышечная сила в ногах 5 баллов. Мышечный тонус не изменен. Чувствительность ног не изменена. Рефлексы ног живые, равные. Патологических рефлексов нет. Менингеальных симптомов нет. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Для постановки диагноза необходим

- гастроэнтеролога
- кардиолога
- нейрохирурга
- генетика

Результаты обследования

Для постановки диагноза пациенту следует назначить

- гастроэнтеролога
- кардиолога
- нейрохирурга
- генетика

Результаты обследования

На основании анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных данных можно выставить предполагаемый основной диагноз

- гастроэнтеролога

- кардиолога
- нейрохирурга
- генетика

Диагноз

Дифференциальную диагностику стоит проводить с

- опухолью головного мозга
- церебральным венозным тромбозом
- посттравматической головной болью
- головной болью напряжения

Препаратами выбора при легких приступах мигрени являются

- антидепрессанты
- нейролептики
- НПВС
- опиоиды

Препаратами выбора при приступах мигрени умеренной тяжести являются

- простые анальгетики
- сосудорасширяющие средства
- триптаны
- антидепрессанты

Сколько доз триптанов можно использовать при приступе мигрени в течение суток?

- 3
- сколько потребуется для полного купирования приступа
- 2
- 1

Эффективным профилактическое лечение следует считать в случае снижения частоты эпизодов головной боли на +____+% через 3

- 30; месяца
- 10; месяца
- 20; недели
- 50; месяца

При головных болях частотой более 3 приступов в месяц рекомендуется назначение

- НПВС
- антидепрессантов
- опиоидных анальгетиков
- транскортикальной микрополяризации

Пациентам с мигренью для профилактики приступов рекомендуется

- соблюдать ночной сон длительностью 10 часов
- соблюдать диету
- усиленно заниматься физической деятельностью
- выпивать не менее 5 кружек кофе в день

Для фармакологической профилактики мигрени рекомендовано назначение

- М-холинолитиков
- Н-холинолитиков
- β -адреноблокаторов
- α -адреноблокаторов

В случае непереносимости или неэффективности антидепрессантов для лечения хронической мигрени рекомендованы

- М-холинолитиков
- Н-холинолитиков
- β -адреноблокаторов
- α -адреноблокаторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет обратилась на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

На эпизодические приступы выпадения участка поля зрения, которые сменяются головной болью, сопровождающейся тошнотой, свето- и звукобоязнью.

Анамнез заболевания

Считает себя больной на протяжении 2 лет. Всего было около 10 приступов, обычно после приёма алкоголя или недосыпания. Приступы характеризуются развитием мерцающего пятна в поле зрения левого глаза, мешающего обзору, после чего возникает нарастающая по интенсивности головная боль в половине головы, сопровождающаяся тошнотой, свето- и звукобоязнью продолжительностью до 3-х суток. Во время приступа принимала анальгетики без эффекта.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: хронический панкреатит. Курит до 1 пачки в день, алкоголем (со слов пациентки) не злоупотребляет. Аллергологический анамнез без особенностей.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Рост 170 см, вес 48 кг. Кожные покровы физиологической окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 70 в 1 минуту. АД 100/70 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, роговые 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

- тщательный сбор жалоб и анамнеза
- анализ спинномозговой жидкости

- КТ головного мозга
- УЗДГ брахиоцефальных сосудов

Для исключения симптоматической природы головной боли проводят

- тщательный сбор жалоб и анамнеза
- анализ спинномозговой жидкости
- КТ головного мозга
- УЗДГ брахиоцефальных сосудов

Результаты обследования

Учитывая типичную клинику, можно предположить диагноз

- тщательный сбор жалоб и анамнеза
- анализ спинномозговой жидкости
- КТ головного мозга
- УЗДГ брахиоцефальных сосудов

Диагноз

Приступы мигрени у данной пациентки следует классифицировать как

- крайне тяжёлые
- тяжёлые
- лёгкие
- среднетяжёлые

Лечение пациентки следует начать с

- поведенческой терапии
- физиотерапии
- профилактической фармакотерапии
- госпитализации в неврологическое отделение

Для купирования приступа головной боли следует использовать

- спазмолитики
- НПВС
- алкалоиды валерианы
- триптаны

Повторное использование триптанов возможно через + ____ + часа(-ов)

- 24
- 12
- 2
- 5

При сопутствующей тошноте используют

- антирегрэгитанты
- рефлекторные средства
- антихолинэстеразные средства
- антиэметики

Для облегчения симптомов фото- и фонофобии используют

- антиэметики
- триптаны
- НПВС
- пиразолоны

Профилактическое лечение мигрени показано при

- сопутствующей артериальной гипертонии
- лекарственном злоупотреблении
- сопутствующих тошноте и рвоте
- ауре длительностью менее 30 мин

Триггером мигрени у данной пациентки является

- сниженное АД
- недосыпание
- недостаточная масса тела
- курение

Для купирования головокружения при мигрени используют

- сниженное АД
- недосыпание
- недостаточная масса тела
- курение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 22 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы

* периодические приступы головной боли, обычно в левой половине головы, продолжительностью от нескольких часов до двух суток, плохо купирующиеся анальгетиками

* тошноту, иногда рвоту во время приступа

* слабость, сонливость после приступа

Анамнез заболевания

Головными болями страдает с 10 лет. Отмечает, что приступы появлялись после переутомления, сопровождались тошнотой и рвотой и длились несколько часов. С 16 лет отмечает приступы более интенсивной головной боли, продолжающейся до двух суток. Характер головных болей пульсирующий, локализующийся преимущественно с одной стороны. При каждом приступе возникает тошнота и рвота, непереносимость света и звуков. Самостоятельно принимала анальгетики. В последние два месяца приступы участились до четырёх раз в месяц, стали плохо поддаваться купированию. При расспросе выяснено, что похожие приступы случались у её матери.

Анамнез жизни

Рождена от первой беременности, первых родов. Развивалась без особенностей, согласно возрасту.

Перенесенные инфекционные заболевания: ОРВИ, детские инфекции. Хронических заболеваний не отмечает.

Вредных привычек нет. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергических реакций нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 60 кг. Температура 36,5°C. Кожа чистая,

физиологической окраски. Живот мягкий, безболезненный. АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС 62 уд/мин. Неврологический статус: Сознание ясное, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Эмоционально упорядочена. Менингеальных знаков нет. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки округлой формы, размеры не изменены. Язык по средней линии. Нарушения глотания нет. Речь правильная. Мышечный тонус в норме. Мышечная сила 5 баллов. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Патологических рефлексов нет. Чувствительных расстройств не предъявляет. Координаторные пробы выполняет правильно. В позе Ромберга устойчива. Тазовые функции контролирует. Пальпаторно определяется болезненность верхней порции трапециевидных мышц с наличием в них болезненных уплотнений и триггерных точек.

Необходимым методом обследования для постановки диагноза является

- инструментальный
- клинический
- лабораторный
- рентгенологический

Наиболее важным критерием для постановки диагноза является

- инструментальный
- клинический
- лабораторный
- рентгенологический

Результаты обследования

Можно поставить предположительный диагноз

- инструментальный
- клинический
- лабораторный
- рентгенологический

Диагноз

Поводом для дополнительного обследования пациента с головной болью является

- неэффективность применения триптанов
- высокая интенсивность головной боли
- усиление головной боли после приёма алкоголя
- наличие очаговых неврологических симптомов

Для купирования головной боли данной пациентке целесообразно порекомендовать

- триптаны
- комбинированные анальгетики
- спазмолитики
- антиконвульсанты

Для профилактики нарушения всасывания анальгетических препаратов на первом этапе симптоматической терапии назначается

- этаперазин
- кофеин
- дротаверин
- метоклопрамид

Для облегчения симптомов фото- и фонофобии при приступе мигрени целесообразно назначить

- парацетамол
- метоклопрамид
- триптаны
- метамизол

Продолжительность превентивного курсового лечения мигрени должна составлять

- 7-14 дней
- 1-2 месяца
- 3-12 месяцев
- 3-4 месяца

Показанием к профилактическому лечению мигрени является

- высокая частота приступов головной боли
- наличие фото и фонофобии в приступе головной боли
- высокая интенсивность головной боли
- пароксизмальная активность на ЭЭГ

НПВП для купирования приступов мигрени используются не чаще + ____ + раз в месяц

- 5
- 15
- 1-2
- 1-3

Средствами первой линии для профилактического лечения мигрени являются

- бета-адреноблокаторы
- спазмолитики
- витамины
- ноотропы

Эффективность профилактической терапии может быть оценена не ранее, чем через + ____ + месяцев(-а)

- бета-адреноблокаторы
- спазмолитики
- витамины
- ноотропы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 77 лет обратился к неврологу по настоянию и в сопровождении родственников.

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет. При расспросе отмечает редкие головные боли, шаткость при ходьбе, забывчивость.

Анамнез заболевания

Со слов родственников больного, около года назад исподволь, на фоне относительного психосоматического благополучия, у пациента появилась забывчивость в быту: не мог вспомнить куда положил вещи, что

планировал сделать в течение дня, забывал выключить плиту, воду, закрыть входную дверь. Позже присоединились проблемы с ориентировкой во времени: не мог вспомнить текущую дату, начал путать события прошлого.

Последние 2 месяца перестал самостоятельно выходить из дома, так как возникли проблемы с ориентировкой в знакомой местности.

Описанные симптомы не постоянны, отмечаются «светлые промежутки» длительностью до нескольких суток, ухудшение состояния отмечается при эпизодах повышения артериального давления до 180/90 мм рт.ст.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь II ст. с кризовым течением. Систематически принимает Эналаприл 10 мг/сутки, Бисопролол 5 мг/сутки, Кардиомагнил 75 мг/сутки. Дуплексное сканирование БЦА – церебральный атеросклероз, осложненный гемодинамически незначимым стенозом правой общей сонной артерии до 45%, левой общей сонной артерии до 60%.

* Аллергологический анамнез спокойный.

* Наследственность отягощена сосудистой деменцией по линии матери.

Объективный статус

Соматический статус: Кожные покровы обычной окраски, чистые. Частота дыхания 16 в минуту. Дыхание жёсткое, хрипов нет. АД 150/95 мм рт.ст. Границы сердца увеличены влево. Тоны сердца равномерно приглушены, ритмичны. Пульс 72 в минуту. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон. Стул оформлен, диурез достаточный. Пастозность голеней и стоп.

Неврологический статус: Менингеальные симптомы (-). ЧМН: Обоняние сохранено. Глазные щели D=S. Зрачки правильной формы D=S, фотореакции вялые. Диплопии нет. Ослаблена конвергенция глазных яблок. Поля зрения при ориентировочной проверке без ограничений. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Сглажена левая носогубная складка. Лёгкая девиация языка влево. Мягкое нёбо напрягается симметрично, достаточно. Глоточный рефлекс усилен. Голос звучный, глотание не нарушено. Артикуляция в норме. Мандибулярный рефлекс оживлен с обеих сторон. Вызывается хоботковый рефлекс и рефлекс Маринеско-Радовичи с обеих сторон. Мышечный тонус не изменен. Сила достаточная. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости S>D. Патологических рефлексов нет. Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушены. В позе Ромберга неустойчив. Пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Походка с расширенной точкой опоры. Функции тазовых органов контролирует.

Психический статус: сознание ясное, в себе и месте ориентирован верно, во времени - дезориентирован. В беседу вступает охотно, однако быстро истощается. Настояние оценивает, как хорошее, благодушен. Краткая шкала оценки психического статуса - 17 баллов. Критика к состоянию формальная. Сон и аппетит в норме. Вес стабильный.

Необходимым в данном случае инструментальным исследованием, уточняющим морфологические изменения вещества головного мозга, является

- бета-адреноблокаторы
- спазмолитики
- витамины
- ноотропы

Результаты инструментального обследования

К необходимому лабораторному исследованию относится анализ крови на

- бета-адреноблокаторы
- спазмолитики
- витамины
- ноотропы

Результаты лабораторного исследования

Наиболее обоснованным диагнозом на момент первого осмотра данного пациента является

- бета-адреноблокаторы
- спазмолитики
- витамины
- ноотропы

Диагноз

Болезнь Бинсвангера у пациента подтверждается выявлением на МРТ

- диффузной двусторонней лейкоэнцефалопатии
- множественных кистозно-глиозных очагов
- выраженного расширения периваскулярных пространств
- расширением желудочковой системы мозга

При неконтролируемой артериальной гипертензии у данного пациента в первую очередь страдают + _____ + артерии головного мозга

- поверхностные
- магистральные
- перфорирующие
- соединительные

Ядром клинической картины у данного пациента являются + _____ + нарушения

- аффективные
- эмоциональные
- когнитивные
- поведенческие

Степень выраженности когнитивных нарушений у данного пациента, согласно данным Краткой шкалы оценки психического статуса, соответствует

- умеренному когнитивному расстройству
- выраженной деменции
- лёгкой деменции
- умеренной деменции

Первоочередной задачей лечения хронической недостаточности мозгового кровообращения у данного пациента является назначение + _____ + терапии

- ноотропной
- гиполипидемической
- вазоактивной
- антиоксидантной

Для коррекции когнитивных нарушений у данного пациента целесообразно назначение

- мемантина
- этилметилгидроксипиридина сукцината
- пирацетама
- винпоцетина

Для исключения сочетанной болезни Альцгеймера возможно проведение люмбальной пункции с оценкой в цереброспинальной жидкости содержания

- общего белка
- бета-амилоида
- глюкозы
- хлоридов

Псевдодеменция может быть вызвана

- дефицитом витаминов группы В
- гипотиреозом
- депрессией
- инсомнией

Для исключения сочетанной болезни Альцгеймера наиболее информативным методом обследования является

- дефицитом витаминов группы В
- гипотиреозом
- депрессией
- инсомнией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 68 лет доставлен скорой помощью в приёмное отделение больницы.

Жалобы

Жалоб не предъявляет в связи с нарушением сознания.

Анамнез заболевания

Заболел остро, когда внезапно развилась интенсивная головная боль в затылочной области с распространением на заднюю поверхность шеи, сопровождавшаяся повторной рвотой, а также выраженное системное головокружение, был не способен стоять и сидеть. Через 30 минут от появления первых симптомов нарушилось сознание, был доставлен в стационар скорой помощью.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: длительно страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами до 190/100 мм рт.ст. Систематически гипотензивную терапию не принимал. Хронический пиелонефрит с редкими обострениями. Хронический панкреатит.

* На МРТ головного мозга, выполненной 3 месяца назад: очаги микрогеморрагии в обоих полушариях головного мозга. Умеренная внутренняя и наружная гидроцефалия заместительного характера.

* Оперативных вмешательств не было.

* Вредные привычки: табакокурение в течении 45 лет.

* Работает матросом, профессиональные вредности: физические нагрузки.

* Аллергологический анамнез не отягощён.

* Наследственность отягощена инсультами.

Объективный статус

* Соматический статус*: кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 38,2°C. Частота дыхания 18 в минуту. Дыхание жёсткое, хрипов нет. АД 210/110 мм рт.ст. Границы сердца увеличены влево. Тоны сердца равномерно приглушены, ритмичны. Пульс 55 в минуту. Живот правильной формы, мягкий. Диурез достаточный. Отёков нет.

***Неврологический статус*:** Ригидность шейных мышц. Лежит с закрытыми глазами, которые открывает на словесный приказ. Произносит отдельные невнятные слова, неадекватно отвечает на вопросы. Двигательная активность целенаправленная на болевое раздражение. ЧМН: Зрачки правильной формы D=S, фотореакции живые. Горизонтальный нистагм с ротаторным компонентом. Лицевая мускулатура напрягается симметрично. Язык расположен в полости рта, прямо. Глоточный рефлекс вызывается. Глотание не нарушено. Мандибулярный рефлекс симметричный. Вызывается хоботковый рефлекс и рефлекс Маринеску-Радовичи с обеих сторон. Горметонические судороги. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости D=S. Патологических рефлексов нет. На болевой раздражитель пытается оттолкнуть руку исследующего. Тазовые функции не контролирует.

Для установления диагноза пациенту необходимо выполнить

- дефицитом витаминов группы В
- гипотиреозом
- депрессией
- инсомнией

Результаты обследования

Диагнозом у данного пациента является

- дефицитом витаминов группы В
- гипотиреозом
- депрессией
- инсомнией

Диагноз

Патогномичным симптомом кровоизлияния в мозжечок у данного больного является/ются

- отсутствие чувствительных расстройств
- быстрое угнетение сознания
- рефлекс орального автоматизма
- выраженная головная боль в затылочной области и шее

Наиболее вероятным этиологическим фактором заболевания у пациента является

- церебральная амилоидная ангиопатия
- аневризма верхней мозжечковой артерии
- аневризма нижней задней мозжечковой артерии
- церебральный васкулит

Тяжесть состояния пациента соответствует + _____ + баллам по шкале Глазго

- 3
- 8
- 11
- 13

Уровень сознания у пациента по шкале Глазго определяется как

- ясное
- кома
- оглушение
- сопор

Кровоизлияние в мозжечок у больного может сопровождаться

- выраженным церебральным ангиоспазмом
- эпилептическим синдромом
- вторичным кровоизлиянием в ствол мозга
- прорывом крови в желудочковую систему

Клиническим симптомом у данного больного, говорящем о прорыве крови в желудочковую систему, являются/ются

- угнетение сознания
- ригидность шейных мышц
- горизонтальный нистагм
- горметонические судороги

Для выявления прорыва крови в желудочковую систему больному необходимо провести

- клинический анализ крови
- коагулограмму
- эхоэнцефалоскопию
- повторную КТ головы

Гематома в веществе и желудочковой системе головного мозга называется + _____ + кровоизлиянием

- паренхиматозным
- смешанным
- вентрикулярным
- субарахноидальным

Для снижения внутричерепного давления больному необходимо назначение

- осмотических диуретиков
- глюкокортикоидов
- люмбальной пункции
- тиазидных диуретиков

Церебральная амилоидная ангиопатия преобладает в + _____ + возрасте

- осмотических диуретиков
- глюкокортикоидов
- люмбальной пункции
- тиазидных диуретиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет поступил в отделение неврологии в плановом порядке.

Жалобы

На нечеткость речи, осиплость голоса, периодически – нарушение глотания жидкой пищи, снижение веса на 6 кг за последние 3 месяца, похудание мышц верхних конечностей (преимущественно кистей), больше справа, общую слабость.

Анамнез заболевания

Около года назад пациент обратил внимание на похудание мышц правой кисти, неловкость в ней при выполнении мелких движений. Спустя полгода появилась гипотрофия мышц и нарушение мелкой моторики в левой руке. К врачу не обращался, связал свои симптомы с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, использовал согревающие мази, выполнял ЛФК. Три месяца назад пациент отметил снижение веса, осиплость голоса и нарушение произношения слов. Обратился к фониатру, который поставил диагноз: «Парез левой голосовой связки». Проходил лечение (витамины группы В) - без отчетливого эффекта. Осмотрен неврологом, направлен на плановую госпитализацию в стационар.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 2 степени повышения АД, II ст. Церебральный нестенозирующий атеросклероз. Аутоиммунный тиреодит.

* Оперативные вмешательства: аппендэктомия в детстве

* Вредных привычек и профессиональных вредностей не имеет

* Аллергологический анамнез спокойный

* Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям

Объективный статус

Соматический статус: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8 градусов. Кожные покровы бледные. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, розовый. Дыхание свободное, везикулярное, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 135/80 мм.рт.ст, Ps 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Физиологические функции не нарушены.

Неврологический статус: Обоняние сохранено с обеих сторон. Зрачки правильной формы D=S, фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Поля зрения при ориентировочной проверке без ограничений. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Атрофии мимической, жевательной мускулатуры, языка не определяются. Язык расположен по средней линии, гипотрофии, единичные фибрилляции мышц. Мягкое нёбо напрягается симметрично. Глоточный рефлекс оживлен. Голос гнусавый. Поперхивание жидкой пищей. Оживлен мандибулярный рефлекс. Хоботковый рефлекс и рефлекс Маринеску-Радовичи с обеих сторон (+). Гипотрофии мышц предплечий, различия в диаметрах предплечий 2 см, S>D. На обеих кистях выраженная атрофия межкостных мышц и мышцы, противопоставляющей большой палец. Мышечный тонус в руках низкий, в ногах не изменен. Снижение мышечной силы в дистальных отделах рук до 3 баллов. Единичные фасцикуляции в мышцах рук. Брюшные рефлексы вызываются, симметричны. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках высокие, с расширением рефлексогенных зон D>S, на ногах – оживление коленного и ахиллова рефлексов слева. Вызываются рефлексы Россолимо и Вартенберга с обеих рук, симптом Бабинского слева. Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушены. Координация движений в норме. Функции тазовых органов контролирует. Походка не изменена.

Для постановки диагноза пациенту необходимо провести

- осмотических диуретиков
- глюкокортикоидов
- люмбальной пункции
- тиазидных диуретиков

Результаты обследования

Пациенту необходимо провести стимуляционную ЭМГ с целью

- исключения поражения периферических нервов
- подтверждения поражения центрального мотонейрона
- выявления спонтанной активности мышц
- подтверждения поражения передних рогов спинного мозга

Дизартрия в данном клиническом случае является проявлением + _____ + синдрома

- бульбарного
- миотонического
- мозжечкового
- вестибулярного

Для подтверждения поражения центрального мотонейрона пациенту следует провести

- игольчатую ЭМГ
- транскраниальную магнитную стимуляцию
- МРТ головного мозга
- стимуляционную ЭМГ

Наиболее вероятным клиническим диагнозом у пациента является

- игольчатую ЭМГ
- транскраниальную магнитную стимуляцию
- МРТ головного мозга
- стимуляционную ЭМГ

Диагноз

На основании представленных данных, у пациента + _____ + клиническая форма бокового амиотрофического склероза

- пояснично-крестцовая
- первично-генерализованная
- бульбарная
- шейно-грудная

Согласно Эль-Эскориальским диагностическим критериям, пациенту следует поставить + _____ + боковой амиотрофический склероз

- достоверный
- вероятный
- возможный
- возможный, лабораторно подтвержденный

Частым и опасным симптомом в связи с возможным развитием аспирационной пневмонии является

- болевой синдром
- спастичность
- нарушение стула
- слюнотечение

При семейной форме бокового амиотрофического склероза наиболее частой является мутация в гене

- _FUS_ (связанного со злокачественной липосаркомой)
- _ALS2_ (алсина)
- _SOD-1_ (супероксиддисмутаза-1)
- _SETX_ (сенатаксина)

Характерным для бокового амиотрофического склероза (БАС) электрофизиологическим изменением является

- нормальная скорость распространения возбуждения (СРВ) при электронной миографическом (ЭНМГ-) исследовании периферических нервов
- наличие блоков проведения возбуждения при ЭНМГ-исследовании
- отсутствие фасцикуляций в мышцах
- нейрональный уровень поражения при игольчатой ЭМГ

Показанием к госпитализации данного пациента в стационар является проведение

- первичного обследования
- плановой гастростомии
- паллиативной терапии
- патогенетической терапии

Патогенетическим препаратом для лечения заболевания у данного пациента является

- первичного обследования
- плановой гастростомии
- паллиативной терапии
- патогенетической терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет доставлен скорой помощью в приёмное отделение больницы.

Жалобы

На слабость в правых руке и ноге, нарушение мелкой моторики пальцев руки, затруднение произношения сложных слов, ощущение «каши во рту».

Анамнез заболевания

Около недели назад жаловался родственникам на выраженную головную боль в теменно-затылочной области пульсирующего характера на фоне повышения артериального давления до 180/95 мм рт.ст. Уменьшение цефалгии отмечалось после приема таблетки анальгетика. В день госпитализации, утром, на фоне выраженной головной боли, остро развились нарушения речи и слабость в правых конечностях: не мог взять чашку, застегнуть пуговицы на одежде. Родственники вызвали скорую помощь, был госпитализирован в стационар через 2 часа с момента возникновения симптомов.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 2 степени повышения АД, II ст. Гиперхолестеринемия. Церебральный атеросклероз, осложненный гемодинамически незначимым стенозированием обеих ОСА (до 60%) гетерогенными бляшками. Рекомендованную гипотензивную и гиполипидемическую терапию систематически не принимал.

* Оперативные вмешательства: аппендэктомия в детстве.

* Вредные привычки: курит в течение 30 лет до 20 сигарет в сутки.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

* Наследственность отягощена сердечно-сосудистыми заболеваниями по линии матери.

Объективный статус

Соматический статус: кожные покровы обычной окраски, чистые, гипотермия кистей и стоп. Температура тела 37,3°C. Частота дыхания 17 в минуту. Дыхание жёсткое, хрипов нет. АД 200/100 мм.рт.ст. Границы сердца увеличены влево. Тоны сердца равномерно приглушены, ритмичны. Пульс 70 в минуту. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон. Стул оформлен, диурез достаточный. Пастозность голеней и стоп. Варикозно расширены вены на обеих голени.

Неврологический статус: Уровень сознания по шкале Глазго - 15 баллов. Менингеальные симптомы (-).

Обоняние сохранено с обеих сторон. Зрачки правильной формы D=S, фотореакции живые. Ослаблена конвергенция глазных яблок. Поля зрения при ориентировочной проверке без ограничений. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Сглажена правая носогубная складка. Лёгкая девиация языка вправо. Мягкое нёбо напрягается симметрично. Глоточный рефлекс оживлен. Голос звучный, глотание не нарушено. Лёгкая дизартрия. Симметрично оживлен мандибулярный рефлекс. Вызывается хоботковый рефлекс и рефлекс Маринеску-Радовичи с обеих сторон. Праворукость. Мышечный тонус повышен по пирамидному типу в правых конечностях (по шкале Ашворта - 2 балла). Снижение мышечной силы в правых конечностях до 4 баллов. Брюшные рефлексы вызываются, симметричны. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук высокие, с расширением рефлексогенных зон D>S, с ног – средней живости D>S. Вызываются рефлексы Россолимо и Вартенберга с правой руки, симптом Бабинского справа. Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушены. Координация движений в норме. Функции тазовых органов контролирует. Степень тяжести по шкале NIHSS – 4 балла.

Для установления диагноза данному пациенту необходимо проведение

- первичного обследования
- плановой гастростомии
- паллиативной терапии
- патогенетической терапии

Результаты обследования

Для выявления патогенетических механизмов заболевания необходимо провести

- первичного обследования
- плановой гастростомии
- паллиативной терапии
- патогенетической терапии

Результаты обследования

Заболеванием, описанном в клиническом примере, является

- первичного обследования
- плановой гастростомии
- паллиативной терапии
- патогенетической терапии

Диагноз

Инсульт развился в бассейне + _____ + мозговой артерии

- левой средней
- правой задней
- левой передней
- правой средней

Подтипом ишемического инсульта, согласно классификации TOAST, является

- гемодинамический
- атеротромботический
- лакунарный
- кардиоэмболический

В клиническом примере описан + _____ + период ишемического инсульта

- острейший
- острый
- восстановительный
- подострый

У пациента имеется + _____ + степень тяжести инсульта по шкале NIHSS

- средняя
- крайне тяжелая
- тяжелая
- легкая

Уровень сознания у данного пациента, согласно шкале Глазго, определяется как

- кома
- сопор
- оглушение
- ясное

Признаком очагового поражения головного мозга у данного больного является

- цефалгический синдром
- правосторонний гемипарез
- артериальная гипертензия
- стенозирующий атеросклероз

Рекомендуемыми цифрами артериального давления у данного пациента в острейшем периоде инсульта являются + _____ + мм рт. ст.

- 170-190/80-90
- 110-120/70-80
- 130-140/70-80
- 150-160/80-90

Коррекция гипертермии в острейшем периоде инсульта в данном клиническом примере

- проводится с использованием физических методов охлаждения
- не требуется
- проводится с использованием антибиотиков
- проводится с использованием НПВС

Степень функционального восстановления больного ишемическим инсультом в конце курса лечения необходимо оценить по шкале

- проводится с использованием физических методов охлаждения
- не требуется
- проводится с использованием антибиотиков
- проводится с использованием НПВС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет обратилась к неврологу.

Жалобы

На практически ежедневную боль в голове, больше в затылке, преимущественно в утренние часы. 1-3 раза в месяц — приступы интенсивной головной боли сжимающего характера по типу «обруча», начинающиеся с области затылка и распространяющиеся по окружности головы, сопровождающиеся тошнотой, онемением кончиков пальцев, нехваткой воздуха, сердцебиением, трудности с засыпанием, прерывистый ночной сон, вялость и разбитость по утрам, сниженный фон настроения, тревожность, тоску, апатию.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2 лет, когда появились вышеописанные головные боли, в начале заболевания отмечает частоту подобных болей до 2-3 раз в неделю, с постепенным увеличением частоты приступов. После обращения в поликлинику по месту жительства проведено лечение церебролизином (без эффекта). Отмечает положительный эффект от проведения массажа шейной области, приёма но-шпы.

Анамнез жизни

- * Перенесённые заболевания: детские инфекции, тонзилэктомия, хронический поверхностный гастрит.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела 70 кг, рост 170 см. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 130/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. При пальпации выявляется напряжение и болезненность перикраниальных мышц. 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 выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

Необходимым методом для постановки диагноза является

- сбор жалоб и анамнеза
- дуплексное сканирование сосудов головного мозга
- рентгенография шейного отдела позвоночника
- магнитно-резонансная томография

Необходимым объективным критерием подтипа головной боли является

- напряжение перикраниальных мышц
- повышенное артериальное давление
- ограничение движения в шейном отделе позвоночника
- появление вегетативных нарушений

На основании жалоб и клинической картины предполагаемым диагнозом является

- напряжение перикраниальных мышц
- повышенное артериальное давление
- ограничение движения в шейном отделе позвоночника
- появление вегетативных нарушений

Диагноз

Фактором риска головной боли напряжения у данной пациентки является

- изменение атмосферного давления
- повышение артериального давления
- возраст более 50 лет
- недостаточный ночной сон

Лечение данной пациентки следует начинать с назначения

- ноотропов
- поведенческой терапии
- бензодиазепинов
- нейролептиков

Назначение простых анальгетиков

- показано, в связи с длительным анамнезом заболевания
- не показано, в связи с возможностью развития лекарственного абзуса
- не показано, в связи с сопутствующим хроническим поверхностным гастритом
- показано, в связи с частыми эпизодами головной боли

Для профилактического лечения следует назначить

- НПВС
- антидепрессанты
- нейролептики
- ноотропы

В качестве дополнительной терапии используют

- биологические активные добавки
- миорелаксанты
- блокаторы кальциевых каналов
- анксиолитики

Препаратом выбора для лечения мышечного напряжения является

- тизанидин
- моксонидин
- цитиколин
- клонидин

Дополнительным методом терапии может быть

- цветотерапия
- ультразвук с гидрокортизоном
- акупунктура с витаминами
- блокада триггерных точек

Наиболее эффективным методом нефармакологического лечения данной пациентки является

- занятия йогой
- рефлексотерапия
- гирудотерапия
- ЭМГ-БОС

Инструментальные исследования при головной боли напряжения показаны при наличии

- занятия йогой
- рефлексотерапия
- гирудотерапия
- ЭМГ-БОС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет пришел на консультацию к неврологу.

Жалобы

На нарастающую неловкость, тремор при произвольных движениях и удержании предметов в левой руке, затруднение при разговоре, замедленность движений, неустойчивость при ходьбе, снижение памяти.

Анамнез заболевания

Жалобы на нарастающую неловкость, тремор при произвольных движениях и удержании предметов в левой руке появились около 2-х лет назад, затем постепенно присоединились замедленность движений и неустойчивость при ходьбе. Был поставлен диагноз болезнь Паркинсона, ригидно-дрожательная форма, 2 стадия по Хен и Яру. Назначен препарат, леводопа/бензеразид, суточная доза леводопы 400 мг без эффекта. На фоне повышения дозы препарата до 600 мг леводопы в сутки отмечен минимальный эффект в виде незначительного уменьшения замедленности движений. Постепенно состояние стало ухудшаться стали прогрессировать неустойчивость при ходьбе, периодически утверждал, что не чувствует свою левую руку, появились затруднения при произнесении слов, стал забывать, что необходимо сделать. Использование пролонгированных и быстрорастворимых форм леводопы - без эффекта, увеличение количества приема до 6 раз в сутки также не дало результата.

Анамнез жизни

- Рос, развивался соответственно возрасту
- Перенесённые заболевания, операции и травмы: Гипертоническая болезнь 2ст, 3 ст, РССО 3. Неправильно сросшийся перелом головчатого возвышения и левой локтевой ямки левого плеча, многооскольчатый перелом левого плеча. Контрактура левого локтевого сустава. Хронический гастродуоденит вне обострения.
- Постоянно принимает: Конкор

Объективный статус

Зрачки D=S, фотозрачковая реакция сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично, гипомимия. Умеренная дизартрия, рефлексы орального автоматизма, умеренная олигобрадикинезия, мышечная ригидность с феноменом "зубчатого колеса", более выраженная в левой руке. Рука находится в дистонической флексорно-аддукторной позе (плечо приведено, а предплечье, кисть и пальцы согнуты), ее движения крайне замедлены и ограничены по амплитуде, периодически кисть сжимается и разжимается. Постуральный и кинетический тремор левой руки. Нарушение сложных видов чувствительности в левой руке. Феномен «чужой руки». Координаторные пробы слева не выполняет из-за дистонического гиперкинеза, с правой стороны без патологии. Миоклонии. В позе Ромберга устойчив. Нарушена инициация ходьбы, постуральная неустойчивость.

Для уточнения диагноза необходимо выполнить

- занятия йогой
- рефлексотерапия
- гирудотерапия
- ЭМГ-БОС

Результаты обследования

Косвенным методом дифференциальной диагностики с болезнью Паркинсона может быть

- занятия йогой
- рефлексотерапия
- гирудотерапия
- ЭМГ-БОС

Результаты обследования

Пациенту необходимо провести

- занятия йогой
- рефлексотерапия
- гирудотерапия
- ЭМГ-БОС

Результаты обследования

Пациенту можно поставить диагноз

- занятия йогой
- рефлексотерапия
- гирудотерапия
- ЭМГ-БОС

Диагноз

В представленном случае следует проводить дифференциальный диагноз с

- параплегией Штрюмпеля
- мальформацией Арнольда-Киари
- прогрессирующим надъядерным параличом
- болезнью Галлервордена-Шпатца

Критерием отличия кортико-базальной дегенерации от других заболеваний с преимущественным поражением экстрапирамидной системы является отсутствие

- дизартрии
- брадикинезии
- мозжечковых нарушений
- дисфагии

Основным проявлением заболевания является + _____ + синдром

- афатический
- мозжечковый
- кортико-базальный
- глазодвигательный

Специфическим проявлением кортико-базальной дегенерации является

- тетрапарез
- синдром «чужой руки»
- афазия
- брадикинезия

При данном заболевании эффект может быть получен от комбинации левадопы и

- агонистов дофаминовых рецепторов
- холинолитиков
- амантадинов
- нейролептиков

При фокальной дистонии может быть эффективно

- введение ботулинического токсина
- назначение Толперизона
- назначение Лорноксикама
- установка левадоповой помпы

Выраженность миоклоний можно уменьшить с помощью

- питиколина
- прамипексола
- клоназепама
- ривастигмина

Постуральный тремор можно уменьшить с помощью

- питиколина
- прамипексола
- клоназепама
- ривастигмина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 года обратился к неврологу по месту жительства.

Жалобы

На чувство скованности, общую замедленность движений, эпизодические сложности с инициацией движений, склонность к запорам.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 50 лет, когда стал отмечать скованность в правой руке, изменение почерка. За 5 лет до этого - снижение обоняния. Получал прамипексол с положительным эффектом. В течение последних 3-х месяцев отмечает усиление ощущения мышечной скованности, общей слабости и замедленности при движении, неустойчивость при ходьбе.

Анамнез жизни

* Рос, развивался соответственно возрасту

* Наследственность не отягощена

* Работает врачом скорой помощи

* Травмы отрицает

* Интоксикации тяжелыми металлами отрицает

* Сопутствующие заболевания: ГБ 3 ст. повышения АД, риск ССО 4. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ неизвестной давности). Состояние после АКШ- ОВ; МКШ-ПМЖА. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Желудочковая экстрасистолия 5 градации по Ryan. ХСН IIA. Нарушение толерантности к глюкозе. ДГЖП. Хронический пиелонефрит вне обострения. Хронический панкреатит вне обострения. Жировой гепатоз. Гемангиома печени. Эрозивный гастрит вне обострения.

Объективный статус

Зрачки округлой формы, симметричные. Движение глазных яблок в полном объеме. Конвергенция снижена, D=S. Диплопии, нистагма нет. Гипомимия. Язык по средней линии. Глотание, фонация не нарушены. Речь монотонная, слабomodулированная. Симптомы орального автоматизма (Маринеску-Радовичи) положительные с обеих сторон. Мышечная сила в верхних и нижних конечностях 5 баллов, D=S. Олигобрадикинезия, повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу в конечностях (больше слева). Глубокие рефлексы с верхних и нижних конечностей средней живости, D=S. Патологические пирамидные кистевые и стопные знаки отсутствуют. Нарушений чувствительности нет. Координационные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон. Камптокормия. Ходьба в замедленном темпе, шаг укорочен, при ходьбе ограничены синкинезии. Толчковая проба Тевенера положительная. Менингеальных знаков нет. Функции тазовых органов контролирует.

Постановку диагноза следует начинать с

- нейropsychологического тестирования
- выполнения МРТ головного мозга
- оценки данных общего анализа крови
- оценки клинической картины

Камптокормия у данного пациента является проявлением

- пропульсий
- дистонии
- дискинезий «пика-дозы»
- моторных флюктуаций

Учитывая характер жалоб, клинической картины, инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- пропульсий
- дистонии
- дискинезий «пика-дозы»
- моторных флюктуаций

Диагноз

У данного пациента + _____ + форма и + _____ + стадия болезни Паркинсона по Хен-Яру

- смешанная; 3
- акинетико-ригидная; 3
- ригидно-дрожательная; 2
- дрожательная; 3

Учитывая возраст пациента, наличие выраженной соматической отягощенности и легких когнитивных нарушений, рекомендованным лечением является назначение

- холинолитиков
- агонистов дофаминовых рецепторов
- леводопы
- ингибиторов MAO

Пациентам старше 60 лет противопоказаны

- блокаторы глутаматных NMDA-рецепторов
- ингибиторы MAO

- холинолитики
- ингибиторы КОМТ

При формировании феномена «включения-выключения» рациональной тактикой *НЕ* является

- отмена препаратов леводопы
- дополнительное назначение агонистов дофаминовых рецепторов
- назначение пролонгированной формы леводопы
- сокращение интервалов между приемами леводопы с повышением суточной дозы

Возможным осложнением приёма агонистов дофаминовых рецепторов является(-ются)

- психотические расстройства
- моторные флюктуации
- когнитивные нарушения
- апноэ во сне

Типичным вариантом лекарственных дискинезий при паркинсонизме, уменьшающихся в состоянии покоя и провоцирующихся при произвольных движениях, является

- дистония периода выключения
- дистония раннего утра
- дискинезия «пика дозы»
- синдром беспокойных ног

К двигательным симптомам, возникающим вне очевидной связи со временем приёма препарата, относят

- миоклонус
- «дистонию конца дозы»
- «дистонию раннего утра»
- генерализованный гиперкинез

Рекомендации по физической активности у данного пациента *НЕ* включают в себя

- упражнения с мячом
- резкое ограничение двигательной активности
- плавание
- пешие прогулки

При возникновении нарушений сна терапевтической тактикой является

- упражнения с мячом
- резкое ограничение двигательной активности
- плавание
- пешие прогулки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к врачу-неврологу.

Жалобы

На приступы головной боли пульсирующего характера в височной и теменной областях с иррадиацией в глаз,

интенсивностью по ВАШ 4-6 баллов, сопровождающиеся свето- и звукобоязнью. Приступ может протекать в разных гемисферах, чаще левой. Иногда сопровождаются тошнотой.

Анамнез заболевания

Отмечает, что страдает данными головными болями последние 3 месяца с частотой 5-10 раз в месяц, головные боли «пульсирующего, стреляющего» характера возникли после стрессового периода в жизни. Вместе с тем, при каждом приступе развивается фото- и фонофобия, продолжительность приступов 6-12 часов. Данные боли купируются приемом анальгина, ибупрофена.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Наследственность. Отец страдает подобными головными болями с детства.
- * Работает бухгалтером.
- * Травмы не получал.
- * За последний год переносил только простудные заболевания.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 83 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6°C.
- * Кожные покровы и видимые слизистые чистые, 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 17 в минуту.
- * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.
- * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд/мин, АД 120/75 мм рт.ст.
- * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
- * В неврологическом статусе при осмотре: сознание ясное. MMSE (30 баллов). Ориентирован. Глазные щели D = S, зрачки D = S. Фотореакции сохранены. Нистагма нет. Язык по средней линии. Глотание, фонация, речь не нарушены. Мышечная сила в норме. Тонус в конечностях умеренно снижен. Сухожильные рефлексы: на руках снижены: D=S, коленные живые: D=S, ахилловы живые D=S.
- * Патологических знаков нет. Чувствительность без особенностей. В позе Ромберга устойчив. Ходьба без особенностей. Тазовые функции: в норме. Менингеальных знаков нет.

Основным клиническим проявлением у пациента является + _____ + синдром

- мозжечковый
- мышечно-тонический
- цефалгический
- апато-абулический

При подозрении на симптоматический характер головной боли необходимо выполнить

- мозжечковый
- мышечно-тонический
- цефалгический
- апато-абулический

Результаты обследования

Учитывая характер жалоб, клиническую картину, данные инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- мозжечковый
- мышечно-тонический
- цефалгический
- апато-абулический

Диагноз

Препаратами первой линией терапии для купирования приступов при средней степени тяжести течения мигрени являются

- бета-адреноблокаторы
- альфа-адреноблокаторы
- простые анальгетики
- НПВС

При высокой интенсивности головной боли рекомендуемыми препаратами для купирования приступа являются

- триптаны
- антидепрессанты
- антиконвульсанты
- НПВС

Прием НПВС для купирования приступов следует принимать не чаще + ____ + раз в месяц

- 15
- 5
- 2
- 7

Показанием для лекарственной профилактики приступов мигрени является

- высокая частота приступов
- астения после приступа
- наличие ауры
- большая продолжительность приступов

Препаратами первого выбора для профилактики приступов мигрени являются

- бета-блокаторы
- антигистаминные
- нейролептики
- альфа-блокаторы

Рекомендуемыми дозами пропранолола для профилактики приступов мигрени являются + _____ + мг + ____ + раза в день

- 120-150; 2
- 4-8; 2
- 40-80; 1
- 40-80; 2

Противопоказанием для назначения бета-блокаторов является

- мерцательная аритмия
- артериальная гипотензия
- ишемическая болезнь сердца
- инфаркт миокарда

Длительность курса лекарственной профилактики мигрени составляет не менее +___+ мес

- 2
- 6
- 3
- 1

Противопоказанием для назначения НПВС является наличие

- 2
- 6
- 3
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась к неврологу по месту жительства.

Жалобы

На приступы интенсивных головных болей пульсирующего, ломящего характера, чаще в правой половине головы, отдающих в правый глаз, сопровождающихся тошнотой, рвотой, светобоязнью, что приводит к ограничению физической активности на момент приступа. Длительность до 20 часов. Провоцируется алкоголем, менструацией. Приступу предшествуют зрительные вспышки по типу зигзагов, длительностью 12-15 минут.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с пубертатного возраста, когда впервые без видимой причины появились стереотипные приступы, начинающиеся с мелькания мушек, искр перед глазами с последующим присоединением резкой боли в височной области с иррадиацией в глазное яблоко и последующим ее распространением по всей половине головы. В момент приступа бледнеет, появляется светобоязнь, обостряется обоняние, присоединяется гиперacusия. Приступы повторялись с частотой 1-2 в месяц. Отмечала увеличение частоты приступов с началом менструального цикла. После приступа - сонливость. Отмечает, что во время беременности приступов не наблюдалось.

Анамнез жизни

- с 9 лет - головокружения, давящие боли в эпигастральной области (наблюдалась у гастроэнтеролога с диагнозом синдром раздраженного кишечника). Страдает хроническим бронхитом;
- росла, развивалась соответственно возрасту;
- наследственность не отягощена;
- работает бортпроводницей;
- вылеты в экзотические страны отрицает;
- травмы отрицает;
- операции отрицает;
- принимает оральные контрацептивы;
- в анамнезе 2 беременности, роды 1, медицинский аборт 1.

Объективный статус

***Объективный статус*:** Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледно-розового цвета. Пульс 72 уд/мин, хорошего наполнения, ритмичный, АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

***Неврологический статус*:** Черепные нервы: обоняние сохранено с обеих сторон. Глазные щели D=S, реакция на свет прямая, содружественная, живая. Движение глазных яблок в полном объеме. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Чувствительность на лице - без нарушений. Лицо симметрично. Легкая девиация языка влево. Мышечная сила 5 баллов, D=S. Мышечный тонус не изменён. Периостальные и сухожильные рефлексы - оживлённые, D=S, больше на ногах. В позе Ромберга устойчива. Чувствительных нарушений нет.

***Психический статус*:** Сознание ясное, на вопросы отвечает четко. Ориентирована в месте, времени и собственной личности. Темп мышления слегка замедленный, за счёт снижения способности сконцентрироваться. Фон настроения лабильный, склонность к тревожным реакциям и переживаниям.

Методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- 2
- 6
- 3
- 1

Результаты обследования

Фактором, способствующим провокации приступов у данной пациентки, является

- прием оральных контрацептивов
- синдром раздражённого кишечника
- асимметрия кровотока по позвоночным артериям
- работа бортпроводницей
- узловое образование в щитовидной железе
- хронический бронхит

Учитывая характер жалоб, клинической картины, инструментального исследования, можно поставить диагноз

- прием оральных контрацептивов
- синдром раздражённого кишечника
- асимметрия кровотока по позвоночным артериям
- работа бортпроводницей
- узловое образование в щитовидной железе
- хронический бронхит

Диагноз

Диагноз мигрени в основном является

- молекулярно-генетическим
- лабораторным
- инструментальным
- клиническим

Препаратом выбора для купирования приступа при большой интенсивности боли и значительной дезадаптации пациента является

- ибупрофен

- ацетилсалициловая кислота
- триптан
- диклофенак

При слабой и умеренной интенсивности головной боли для купирования приступа показан прием

- транквилизаторов
- антидепрессантов
- триптанов
- НПВС

Показанием к профилактическому лечению мигрени является

- интенсивный характер боли
- длительный прием триптанов
- неэффективность НПВС
- наличие 3 и более приступов в месяц

К препаратам, применяемым для профилактического лечения мигрени, относятся

- бета-блокаторы
- нейролептики
- транквилизаторы
- диуретики

При наличии выраженной дисфункции перикраниальных мышц показано назначение

- кветиапина
- ксефокама
- тизанидина
- баклосана

Вариантом лечения данной пациентки является

- назначение триптанов для купирования приступов
- постоянный прием антидепрессантов
- физиотерапия
- психотерапия

Препаратом выбора для профилактического лечения является

- флуоксетин
- тизанидин
- клоназепам
- amitriptilin

Препаратом выбора из группы антиконвульсантов для профилактики мигрени является

- флуоксетин
- тизанидин
- клоназепам
- amitriptilin

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 58 лет обратилась на консультацию к врачу-неврологу.

Жалобы

- * тремор покоя в левой руке
- * замедленность и неловкость движений в левой руке
- * снижение обоняния

Анамнез заболевания

Около 5 лет назад пациентка обратила внимание на снижение обоняния: стала ощущать только резкие запахи. Два года назад на фоне относительного психосоматического благополучия заметила дрожание левой руки, возникающее в покое. Выраженность гиперкинеза постепенно усиливалась. Полгода назад пациентка обратила внимание на замедленность движений и ухудшение мелкой моторики в пальцах левой руки (стало трудно шить, чистить овощи, удерживать предметы в левой руке).

Анамнез жизни

- Травмы головы отрицает.
- Наблюдается эндокринологом по поводу гипотиреоза, компенсированного на 50 мкг L-тироксина.
- Инфекционный и аллергологический анамнез не отягощены.
- Наследственность по неврологическим заболеваниям не отягощена.

Объективный статус

Соматический статус: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Дистальный гипергидроз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Аускультация БЦА без особенностей. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 72 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления: склонность к запорам. Диурез не изменён.

Неврологический статус: сознание ясное, менингеальные симптомы отсутствуют. Гипосмия. Глазные щели, зрачки D=S, фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Чувствительность на лице не нарушена. Гипомимия. Язык по средней линии. Голос звучный, глотание не нарушено. Рефлексы орального автоматизма средней живости. Объем активных и пассивных движений в конечностях полный, инициация движений не нарушена. Сила мышц достаточная. Глубокие рефлексы живые, D=S. Патологических рефлексов нет. Замедление темпа и декремент амплитуды движений в левой руке при повторном сжатии пальцев в кулак с последующим разжиманием, в левой ноге при постукивании пяткой по полу. Симптом "зубчатого колеса" в левых локтевом и лучезапястном суставах. Мелкоамплитудный тремор покоя в правой руке. Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушены. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. При ходьбе отсутствует физиологическая синкинезия левой руки. В пробе на оценку постуральной устойчивости устойчива.

Нейропсихиатрический статус: Краткая шкала оценки психического статуса - 29 из 30 максимальных баллов. Фон настроения ровный. Тревогу отрицает. Сон и аппетит не нарушены.

На основании жалоб, анамнеза и данных осмотра, можно предположить

- флуоксетин
- тизанидин
- клоназепам
- amitриптилин

Диагноз

Диагноз болезнь Паркинсона устанавливается на основании + _____ + данных

- молекулярно-генетических
- нейровизуализационных
- лабораторных
- клинических

Симптомом, подтверждающим диагноз у пациентки, является

- отсутствие патологических рефлексов
- склонность к запорам
- отсутствие когнитивных нарушений
- односторонний тремор покоя

Диагноз болезни Паркинсона может поставить под сомнение

- асимметрия симптоматики
- прогрессирующее течение
- высокая эффективность препаратов леводопы
- раннее развитие постуральной неустойчивости

Стадией болезни Паркинсона по шкале Хен и Яра у пациентки является

- 1
- 4
- 3
- 2

Формой болезни Паркинсона у данной пациентки является

- идиопатическая
- акинетико-ригидная
- дрожательная
- постуральная

С учётом возраста, стадии, тяжести симптомов, формы заболевания препаратом выбора для назначения пациентке является

- энтакапон
- прамипексол
- леводопа/энтакапон/карбидопа
- холина альфосцерат

Возможными побочными эффектами терапии агонистами дофаминергических рецепторов являются

- гипертонические кризы
- анемия и тромбоцитопения
- импульсивно-компульсивные расстройства
- моторные флуктуации

Дебют болезни Паркинсона у пациентки с учетом её возраста считается

- сенильным
- типичным
- с ранним началом
- ювенильным

Согласно морфологической классификации, болезнь Паркинсона относится к группе

- α -синуклеинопатий
- митохондриопатий
- ферментопатий

- таупатий

В триаду двигательных симптомов паркинсонизма при болезни Паркинсона НЕ входит

- гипокинезия
- парез взора вниз или замедление вертикальных саккад
- ригидность
- тремор покоя

К типичным немоторным проявлениям болезни Паркинсона в первые 5 лет заболевания относится

- гипокинезия
- парез взора вниз или замедление вертикальных саккад
- ригидность
- тремор покоя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 83 года поступил в неврологическое отделение.

Жалобы

- * прогрессивное снижение веса,
- * трудно выговаривать слова,
- * нарушение глотания жидкости,
- * слюнотечение,
- * затруднение при вдохе,
- * слабость в конечностях,
- * неловкость пальцев рук, нарушение письма,
- * неустойчивость при ходьбе,
- * непроизвольные подёргивания мышц языка, конечностей, торса

Анамнез заболевания

Первые признаки заболевания отметил около 2-х лет назад, когда появились болезненные судороги в икроножных мышцах, сменившиеся со временем непроизвольными подергиваниями мышц, распространяющимися на области бедер, верхних конечностей и торса. С недавних пор заметил такие же подергивания в языке, отметил прогрессирующую потерю веса с 72 до 63 кг в течение последнего года. В последний месяц развились нарушения речи в виде трудности выговаривания слов, эпизодические нарушения глотания твёрдой пищи. С вышеописанными жалобами обратился на консультацию врача-невролога и был направлен на госпитализацию в стационар.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст. повышения АД. Гиперхолестеринемия. В анамнезе вертеброгенная люмбоишиалгия.
- Оперативные вмешательства по поводу контрактуры Дюпюитрена справа и аппендэктомия в юности.

Объективный статус

Менингеальные симптомы (-). ЧН: Зрачки, глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объеме, установочный горизонтальный нистагм. Чувствительность на лице не нарушена. Легкая асимметрия носогубных складок. Гипотрофия височных, жевательных мышц. Слабость мимической мускулатуры (не может надуть щеки, посвистеть). Атрофия языка, фасцикуляции в языке. Мягкое небо напрягается симметрично. Девиации язычка нет. Глоточные рефлексы снижены D=S. Нижнечелюстной рефлекс усилен. Гиперсаливация. Лёгкая дисфагия (затруднение при проглатывании твёрдой пищи). Речь дизартричная.

Симптом Маринеску-Радовичи положительный с обеих сторон. Учащённое поверхностное дыхание в покое с частотой 21 в мин. Ограничена экскурсия грудной клетки. В покое в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Диффузная гипотрофия мышц шеи, торса, конечностей S>D, атрофия мышц тенара, гипотенара правой кисти, межкостных мышц. Тонус мышц конечностей низкий, сила снижена в тыльных сгибателях стоп до 4 баллов. Глубокие рефлексы в верхних конечностях оживлены, с расширенными рефлексогенными зонами, D

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- гипокинезия
- парез взора вниз или замедление вертикальных саккад
- ригидность
- тремор покоя

Результаты инструментального метода обследования

Игольчатая ЭМГ у данного пациента позволяет выявить поражение

- периферического мотонейрона
- нервно-мышечного синапса
- сенсорных волокон нервов
- центрального мотонейрона

Стимуляционная ЭМГ данному пациенту необходима для

- определения текущей денервации
- выявления признаков поражения центрального мотонейрона
- выявления потенциалов фасцикуляций
- проведения дифференциальной диагностики

Инструментальным методом исследования для оценки функции верхнего мотонейрона, является

- определения текущей денервации
- выявления признаков поражения центрального мотонейрона
- выявления потенциалов фасцикуляций
- проведения дифференциальной диагностики

Результаты обследования

Лабораторным методом исследования, необходимым для оценки состояния скелетной мускулатуры, является определение уровня

- определения текущей денервации
- выявления признаков поражения центрального мотонейрона
- выявления потенциалов фасцикуляций
- проведения дифференциальной диагностики

Результаты лабораторного метода обследования

МРТ головного мозга при установлении диагноза бокового амиотрофического склероза

- является основным диагностическим методом
- позволяет оценить динамику прогрессирования заболевания
- определяет стадию заболевания
- исключает другие заболевания

На основании результатов физикального и инструментального обследования можно предположить

- является основным диагностическим методом
- позволяет оценить динамику прогрессирования заболевания
- определяет стадию заболевания
- исключает другие заболевания

Диагноз

Согласно критериям El Escorial, боковой амиотрофический склероз в данной клиническом примере является + _____ + диагнозом

- вероятным
- достоверным
- возможным
- предполагаемым

Согласно классификации О.А. Хондариана, в клинической задаче описывается + _____ + форма бокового амиотрофического склероза

- первично-генерализованная
- шейно-грудная
- высокая
- бульбарная

Имеющиеся у больного клинические признаки слабости дыхательной мускулатуры, являются показанием к проведению

- неинвазивной вентиляции лёгких
- ингаляций кислорода
- гипербарической оксигенации
- назначению бронходилататоров

Показанием для проведения неинвазивной вентиляции лёгких является снижение ЖЕЛ < + _____ + %

- 65
- 80
- 90
- 70

Инвазивная ИВЛ может проводиться только по

- 65
- 80
- 90
- 70

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет поступил в отделение неврологии.

Жалобы

- скованность в мышцах конечностей,

- неловкость кистей рук,
- затруднения при ходьбе,
- безболезненные подергивания в мышцах рук, ног и спины,
- эпизодически возникающая одышка,
- ухудшение памяти в виде нарушения запоминания новой информации,
- ухудшение ориентировки в знакомой обстановке,
- затруднения при счете.

Анамнез заболевания

Заболел относительно около 3 месяцев назад, когда после переохлаждения отметил слабость в мышцах рук и ног, затруднения при ходьбе. Спустя месяц появились подергивания в мышцах конечностей и спины, начала прогрессивно ухудшаться память, появились затруднения при ориентировке в пространстве. По настоянию родственников обратился к врачу-неврологу для консультации и был направлен в стационар для обследования.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 2 степени повышения АД, риск ССО 3;
- * Оперативных вмешательств не переносил;
- * Вредных привычек и профессиональных вредностей не имеет;
- * Аллергологический анамнез не отягощен;
- * Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям.

Объективный статус

Сознание ясное, охотно вступает в речевой контакт, затрудняется назвать дату, с подсказкой называет день недели, месяц, год. Фон настроения в норме, MMSE 23 балла. Критика к своему состоянию снижена. Сон и аппетит в норме. +

Обоняние сохранено с обеих сторон. Зрачки правильной формы D=S, фотореакции живые. Ослаблена конвергенция глазных яблок. Поля зрения при ориентировочной проверке не изменены. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Атрофии мимической, жевательной мускулатуры, языка не определяются. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Язык расположен по средней линии. Глоточный рефлекс оживлен D=S. Голос звучный, глотание не нарушено. Оживлен мандибулярный рефлекс. Вызывается хоботковый рефлекс и рефлекс Маринеску-Радовичи с обеих сторон. При осмотре выявляются гипотрофии дельтовидных, грудных, икроножных мышц с обеих сторон. Атрофия межкостных мышц кистей и мышц возвышения большого пальца. Мышечный тонус верхних и нижних конечностей повышен по пирамидному типу. Снижение мышечной силы в дистальных отделах рук и ног до 4 баллов. Во всех группах мышц определяются фасцикуляции. Глубокие рефлексы высокие, с расширением рефлексогенных зон, D>S. Вызывается рефлекс Россолимо с правой руки, симптом Бабинского с двух сторон. Походка носит спастический характер. Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушены. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует.

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- 65
- 80
- 90
- 70

Результаты инструментального метода обследования

Инструментальным методом исследования, необходимым для дифференциальной диагностики, является

- 65
- 80
- 90
- 70

Результаты инструментального метода обследования

Инструментальным методом исследования, необходимым для оценки функции верхнего мотонейрона, является

- 65
- 80
- 90
- 70

Результаты инструментального метода обследования

Лабораторным методом исследования, необходимым для оценки состояния скелетной мускулатуры, является определение уровня

- 65
- 80
- 90
- 70

Результаты лабораторных методов обследования

На основании результатов физикального и инструментального обследования можно предположить

- 65
- 80
- 90
- 70

Диагноз

Неврологическая и психопатологическая картина заболевания позволяют диагностировать у больного синдром

- БАС-деменции
- шейной миелопатии
- вестибулярной атаксии
- паркинсонизма

В клиническом примере описана + _____ + форма бокового амиотрофического склероза

- пояснично-крестцовая
- высокая
- бульбарная
- шейно-грудная

Согласно критериям El Escorial, в данной клинической задаче боковой амиотрофический склероз является + _____ + диагнозом

- достоверным
- предполагаемым
- вероятным
- возможным

Согласно классификации О.А. Хондариана, в клинической задаче описывается + _____ + вариант БАС

- пирамидный
- смешанный
- сегменто-ядерный
- генерализованный

Целью терапии у данного больного является

- предупреждение инвалидизации
- замедлить прогрессирование болезни
- достижение ремиссии
- полностью купировать симптомы

Одним из показаний к госпитализации у данного больного является

- подбор настроек аппарата ИВЛ
- проведение курса нейрометаболической терапии
- оценка выраженности дыхательных нарушений, обоснование необходимости респираторной поддержки
- проведение курса физиотерапевтического лечения

К признакам поражения центрального мотонейрона у пациента относятся

- подбор настроек аппарата ИВЛ
- проведение курса нейрометаболической терапии
- оценка выраженности дыхательных нарушений, обоснование необходимости респираторной поддержки
- проведение курса физиотерапевтического лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет проходит восстановительное лечение в неврологическом отделении после перенесённого месяц назад лакунарного инсульта.

Жалобы

- * онемение в правых конечностях (преимущественно в кисти);
- * сниженное, подавленное настроение и выраженная общая слабость, преимущественно в утренние часы, с улучшением состояния во второй половине дня;
- * бессонница с ранними пробуждениями и отсутствие чувства отдыха после ночного сна;
- * эмоциональная неустойчивость, страх повторения инсульта, плаксивость, сниженный фон настроения;
- * утрата прежних интересов: потеря интереса к чтению из-за плохо запоминания прочитанного;
- * повышенная утомляемость.

Анамнез заболевания

Месяц назад перенесла ишемический инсульт с повышением АД до 190/100 мм рт. ст., проявившийся правосторонней гемипарезией. Через 3 недели после инсульта у пациентки пропал аппетит, исподволь снизилось настроение, преимущественно в утренние часы: считала ненужным вставать с кровати, совершать гигиенические процедуры, отказывалась от лечения, называя его бессмысленным, сообщала, что «повторного инсульта всё равно не избежать». К вечеру настроение у больной улучшалось, она становилась активнее, испытывала чувство вины за отказ от лечения, обещала выполнять врачебные рекомендации. С этого же времени появились нарушения сна в виде укорочения его продолжительности за счёт ранних пробуждений в 4-5 утра и невозможности повторно уснуть. С утра чувствовала себя разбитой, не отдохнувшей. Развилось избыточное эмоциональное реагирование на события и раздражительность. С течением времени выраженность жалоб постепенно усиливается.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: контролируемая артериальная гипертензия, регулярно принимает назначенную терапию; сахарный диабет 2 типа; ИБС;

* Наследственность отягощена инсультами в относительно молодом возрасте (до 60 лет) по линии матери.

Объективный статус

Соматический статус: кожные покровы чистые. Температура тела 36,6°C. Частота дыхания 17 в минуту. Дыхание жёсткое, хрипов нет. АД 135/75 мм рт. ст. Границы сердца увеличены влево. Тоны сердца равномерно приглушены, ритмичны. Пульс 75 в минуту. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон. Запоры до 5 суток, диурез в норме. Пастозность голеней и стоп. +

В *неврологическом статусе* выявлены следующие нарушения: ослабление конвергенции, гипестезия правой половины лица, рефлекс Маринеску-Радовичи с обеих сторон, правосторонняя болевая гемигипестезия. + Сознание ясное, всесторонне ориентирована правильно. В беседе вступает неохотно, на вопросы отвечает в их контексте, односложно. Фон настроения снижен, с тоскливым оттенком. Определяются суточные колебания настроения с улучшением в вечернее время. Эмоционально неустойчива, в беседе быстро истощается. Краткая шкала оценки психического статуса – 29 баллов. Нарушение сна с ранними пробуждениями. Аппетит снижен.

Для верификации сопутствующих инсульту эмоциональных нарушений необходимо использовать

- подбор настроек аппарата ИВЛ
- проведение курса нейрометаболической терапии
- оценка выраженности дыхательных нарушений, обоснование необходимости респираторной поддержки
- проведение курса физиотерапевтического лечения

Результаты обследования

У больной выявлен + _____ + синдром

- депрессивный
- тревожный
- астенический
- ипохондрический

Для постинсультной депрессии специфичным является

- повышенная возбудимость
- отсутствие когнитивных нарушений
- ощущение тревога и страх
- выраженная утомляемость

Для постинсультной депрессии НЕ характерно

- соматовегетативные расстройства
- утрата прежних интересов
- торможение интеллектуальной деятельности
- прогрессирующее и выраженное снижение памяти

Для лечения постинсультной депрессии пациентке необходимо

- оптимизировать антитромботическую терапию
- назначить антидепрессанты
- проводить только профилактику повторного инсульта
- оптимизировать гипотензивную терапию

Для профилактики повторного инсульта пациентке рекомендуется

- клопидогрел
- винпоцетин
- актовегин
- пирацетам

Для лечения постинсультной депрессии рекомендуется

- иглорефлексотерапия
- кинезитерапия
- мануальная терапия
- психотерапия

Этиологической причиной лакунарного инсульта у пациентки является

- наследственная коагулопатия
- атеросклероз мозговых артерий
- церебральный васкулит
- артериальная гипертензия

Синдром лакунарного инсульта, развившийся у пациентки, является

- чисто чувствительным
- синдромом «неловкой руки»
- атактическим гемипарезом
- чисто двигательным

Постинсультная депрессия является фактором, который

- увеличивает риск повторного инсульта
- снижает эффективность приема статинов
- уменьшает эффективность антигипертензивной терапии
- снижает эффективность антитромботической терапии

Постинсультная депрессия является фактором

- развития деменции с тельцами Леви
- потенциально обратимым
- генетически детерминированным
- развития болезни Альцгеймера

Постинсультная депрессия чаще возникает при поражении

- развития деменции с тельцами Леви
- потенциально обратимым
- генетически детерминированным
- развития болезни Альцгеймера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 лет доставлена скорой помощью в приёмное отделение больницы.

Жалобы

- слабость в правых конечностях, больше в руке,
- выраженная головная боль в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающаяся тошнотой,
- шум в голове,
- головокружение,
- не может называть предметы (понимает, что за предмет, но не может вспомнить название),
- сложности формулирования мыслей,
- нарушение чёткости зрения.

Анамнез заболевания

В день госпитализации после физической нагрузки (принесла тяжёлую сумку из магазина) остро возникла выраженная головная боль в затылке, сопровождающаяся тошнотой, нарушилось зрение. Пациентка приняла обезболивающий препарат, не оказавший положительного действия. Спустя час появилась слабость в правых конечностях, стало «трудно думать». На вопросы родственников отвечала невпопад, в связи с чем, была вызвана бригада скорой помощи, которая госпитализировала пациентку.

Анамнез жизни

- Хронические заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. ХСН II А ст. Сахарный диабет 2 типа. Хронический бронхит. Хронический пиелонефрит.
- Черепно-мозговые травмы, потери сознания, судороги отрицает.
- Оперативные вмешательства не переносила.
- Наследственность отягощена инсультами у родственников по линии матери и отца в возрасте до 60 лет.

Объективный статус

Соматический статус: кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 36,6°C. Частота дыхания 17 в минуту. Дыхание жёсткое, хрипов нет. АД 150/80 мм рт. ст. Тоны сердца равномерно приглушены, ритмичны. Пульс 70 в минуту. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон. Стул оформлен, диурез учащён. Отёков нет. +

В *неврологическом статусе* выявлены: ослабление конвергенции, сглаженность правой носогубной складки, девиация языка вправо, хоботковый рефлекс и рефлекс Маринеску-Радовичи с обеих сторон, повышение мышечного тонуса по пирамидному типу в правых конечностях (по шкале Ашворта - 2 балла в руке, 1 балл в ноге), снижение мышечной силы в правых конечностях до 4 баллов, оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, патологический рефлекс Россолимо с правой руки, симптом Бабинского справа. Степень тяжести по шкале NIHSS – 6 баллов. +

Уровень сознания по шкале Глазго - 14 баллов. На вопросы отвечает с задержкой, не всегда в контексте. Ориентируется в собственной личности и частично месте, во времени дезориентирована. Праворукость. Речь обеднена существительными, описывает предъявляемые предметы, называя их предназначение: бутылка - «пить», карандаш - «писать», бумага - «читать». Подсказка первого слога помогает правильному называнию предмета. Психопродуктивная симптоматика не определяется.

Инструментальным методом первого выбора, исключая геморрагический компонент, является

- развития деменции с тельцами Леви
- потенциально обратимым
- генетически детерминированным
- развития болезни Альцгеймера

Результаты инструментального метода обследования

Для определения типа инсульта согласно классификации TOAST необходимым исследованием является

- развития деменции с тельцами Леви
- потенциально обратимым
- генетически детерминированным
- развития болезни Альцгеймера

Результаты обследования

Биохимическим маркером крови, влияющим на прогноз инсульта, является

- развития деменции с тельцами Леви
- потенциально обратимым
- генетически детерминированным
- развития болезни Альцгеймера

Результаты обследования

На основании результатов клинических и инструментальных методов обследования устанавливается диагноз

- развития деменции с тельцами Леви
- потенциально обратимым
- генетически детерминированным
- развития болезни Альцгеймера

Диагноз

У больной ишемический инсульт развился в бассейне + _____ + мозговой артерии

- левой передней
- правой задней
- левой средней
- правой средней

Согласно классификации TOAST, у пациентки + _____ + тип ишемического инсульта

- кардиоэмболический
- атеротромботический
- лакунарный
- неустановленный

Для коррекции гипергликемии у данной больной необходимо

- воздержаться от приема гипогликемических средств на двое суток
- воздержаться от приема гипогликемических средств на сутки
- использовать пероральные гипогликемические средства
- введение инсулина короткого действия

Для профилактики повторного инсульта пациентке рекомендован прием

- ривароксабана
- ацетилсалициловой кислоты
- варфарина
- апиксабана

Снизить артериальное давление у данной пациентки

- требуется на 10-15 мм рт. ст.
- не требуется
- требуется на 20-25 мм рт. ст.
- требуется на 15-20 мм рт. ст.

Ведущим симптомом нарушения речи у больной являются

- неологизмы
- парафазии
- аграмматизмы
- номинативные нарушения

Нарушения речи у больной представлены + _____ + афазией

- сенсорной
- амнестической
- эфферентной моторной
- акустико-мнестической

Уровень сознания у больной по шкале Глазго определяется как

- сенсорной
- амнестической
- эфферентной моторной
- акустико-мнестической

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 76 лет находится на лечении в сосудистом неврологическом отделении.

Жалобы

- двоение предметов,
- слабость в левых конечностях,
- появление, преимущественно в вечернее время, цветных, уменьшенных в размерах фигур людей или животных, перемещающихся по комнате

Анамнез заболевания

Неделю назад, на фоне повышения артериального давления до 200/100 мм рт. ст., у больной остро возникла головная боль пульсирующего характера, отмечалась нечёткость речи, появились двоение предметов по горизонтали и слабость в левых конечностях. Была госпитализирована в неврологическое отделение. На КТ головного мозга очаговой патологии выявлено не было. Накануне вечером, больная пожаловалась на возникшие впервые в жизни обманы зрительного восприятия.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия 3 ст. повышения АД, II стадии, риск 4. Хронический бронхит. Желчекаменная болезнь, хронический холецистит. +
- * В подростковом возрасте перенесла сотрясение головного мозга (упала с велосипеда). +
- * Оперативные вмешательства: аппендэктомия в детстве. +
- * Наследственность отягощена инсультами у родственников в возрасте до 60 лет по линии отца.

Объективный статус

- * Соматический статус*: Кожные покровы чистые. Температура тела 36,6°C. Частота дыхания 17 в минуту. Дыхание жёстковатое, хрипов нет. АД 145/85 мм рт. ст. Границы сердца увеличены влево. Тоны сердца равномерно приглушены, ритмичны. Пульс 69 в минуту. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон. Стул оформлен, диурез достаточный. Отёков нет.
- * Неврологический статус*: Менингеальные симптомы (-). Черепные нервы: птоз справа, мидриаз справа, фотореакции живые, расходящееся косоглазие за счет правого глаза, ограничение движения правого глазного яблока вверх и внутрь. Нистагма нет. Лицевая мускулатура напрягается симметрично. Язык по средней линии.

Мягкое нёбо напрягается симметрично. Голос звучный, артикуляция и глотание не нарушены. Вызывается рефлекс Маринеско-Радовичи с обеих сторон. Мышечный тонус повышен в левых конечностях по пирамидному типу спастичности (2 балла по шкале Ашворта). Снижение мышечной силы в левых конечностях до 4 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексy средней живости S>D. Рефлекс Россолимо с левой руки, симптом Бабинского слева. Чувствительность не нарушена. В позе Ромберга неустойчива из-за пареза. Пальценосовую и коленно-пяточную пробы выполняет удовлетворительно с 2-х сторон. Функции тазовых органов контролирует.

Сознание ясное, в себе, месте и времени ориентирована верно. Фон настроения в норме. Эмоционально лабильна, в беседе быстро истощается. Краткая шкала оценки психического статуса - 28 баллов. Сон достаточный. Аппетит не нарушен. Вес стабильный. Накануне вечером больная пожаловалась на появление в комнате фигур - людей и животных, уменьшенных в размерах и напоминавших ей персонажей мультфильмов. Фигуры перемещались друг за другом, слева направо, сохранялись на протяжении 15 минут, затем исчезали и появлялись вновь. Пациентка убеждала себя в том, что эти образы не реальны, после чего они сразу исчезали. Критика к состоянию у больной сохранена в полном объёме.

В качестве первого метода обследования рекомендуется

- сенсорной
- амнестической
- эфферентной моторной
- акустико-мнестической

Результаты обследования

Для уточнения психического статуса и решения вопроса о лекарственной терапии пациентке необходимо назначить консультацию

- нейропсихолога
- психиатра
- медицинского психолога
- психотерапевта

У больной, на основании результатов клинических и инструментальных методов обследования, можно установить диагноз

- нейропсихолога
- психиатра
- медицинского психолога
- психотерапевта

Диагноз

У больной развился альтернирующий синдром

- Раймона-Сестана
- Валленберга-Захарченко
- Вебера
- Фовилля

У больной развился

- делириозный синдром
- галлюцинаторно-параноидный синдром
- параноидный синдром
- галлюциноз Лермитта

Галлюциноз Лермитта развивается при поражении

- ножки мозга
- медиального продольного пучка
- четверохолмия
- затылочных долей

Отличительной особенностью галлюциноза Лермитта является

- прогрессирование во времени
- сохранность критики к своему состоянию
- купирование одновременно с симптоматикой инсульта
- императивный характер галлюцинаций

Обманы зрительного восприятия при педункулярном галлюцинозе носят + _____ + характер

- императивный чёрно-белый
- красочный, угрожающий
- уменьшенный, красочный, подвижный
- черно-белый, увеличенный в размерах

При синдроме Вебера очаг поражения располагается в

- основании ножки мозга
- проводниках зубчато-красноядерного пути
- покрышке моста
- верхних холмиках крыши среднего мозга

При синдроме Вебера на стороне очага поражается ядро + _____ + нерва

- отводящего
- блокового
- лицевого
- глазодвигательного

При синдроме Вебера на стороне, противоположной очагу, развивается

- гемипарез
- гемиатаксия
- гемигипестезия
- хореоатетоз

Для профилактики повторного инсульта пациентке рекомендован прием

- гемипарез
- гемиатаксия
- гемигипестезия
- хореоатетоз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет поступила в отделение неврологии в плановом порядке.

Жалобы

- * нечеткость речи, осиплость голоса,
- * приступы одышки,
- * похудание мышц рук (преимущественно кистей) и мышц левой голени,
- * неловкость рук,
- * снижение веса,
- * общая слабость, повышенная утомляемость.

Анамнез заболевания

Около года назад обратила внимание на неловкость и похудание мышц правой кисти. Спустя полгода появилась гипотрофия мышц и нарушение мелкой моторики в левой руке, похудание мышц левой голени. К врачу не обращалась, связала симптомы с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, использовала согревающие мази, выполняла ЛФК. Месяц назад отметила снижение веса, осиплость голоса и затруднения при выговаривании слов. Обратилась к фониатру, диагноз: парез левой голосовой связки. Лечение - без эффекта. Присоединилась общая слабость, утомляемость. Осмотрена неврологом, направлена на плановую госпитализацию в стационар.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь II ст., регулярно принимает гипотензивные препараты. Нарушение толерантности к глюкозе, соблюдает диету.
- * Оперативные вмешательства: Радиочастотная абляция сердца по поводу мерцательной аритмии в 63 года
- * Вредных привычек и профессиональных вредностей не имеет
- * Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям

Объективный статус

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательны. Глазные щели, зрачки D=S. Фотореакции живые D=S. Движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Чувствительность на лице не нарушена. Легкая асимметрия носогубных складок. Язык по средней линии, атрофии, фасцикуляций нет. Мягкое небо сокращается симметрично, Девиации язычка нет. Глоточные рефлексы оживлены D=S. Дисфония, дисфагия, дизартрия. Саливация не нарушена. Симптом Маринеску-Радовичи (plus) с обеих сторон. Тахипноэ 20 в мин. Ограничена экскурсия грудной клетки. В покое в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Гипотрофия мышц тенара, гипотенара и межкостных мышц обеих рук, а также мышц левой голени. Мышечная сила снижена в дистальных отделах рук до 4 баллов. Глубокие рефлексы с рук оживлены, рефлексогенные зоны расширены, D>S; с ног – средней живости D=S. Брюшные рефлексы вызываются D=S. Патологические кистевые рефлексы Россолимо, Вендеровича с обеих рук. Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушены. В позе Ромберга устойчива. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует.

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- гемипарез
- гемиатаксия
- гемигипестезия
- хореоатетоз

Результаты инструментального метода обследования

Лабораторным методом исследования, позволяющим подтвердить диагноз, является

- гемипарез
- гемиатаксия
- гемигипестезия
- хореоатетоз

Результаты лабораторного метода обследования

Для оценки функции верхнего моторного нейрона пациентке необходимо провести

- гемипарез
- гемиатаксия
- гемигипестезия
- хореоатетоз

Результаты обследования

На основании результатов физикального и инструментального обследования можно предположить

- гемипарез
- гемиатаксия
- гемигипестезия
- хореоатетоз

Диагноз

Клиническими признаками бокового амиотрофического склероза является поражение

- зрительных бугров
- центрального и периферического мотонейрона
- периферических нервов
- ядер Варолиевого моста

**Согласно классификации О.А. Хондкариана, в клинической задаче описывается + _____ +
вариант БАС**

- классический
- генерализованный
- пирамидный
- сегментно-ядерный

Лекарственная терапия, используемая при лечении бокового амиотрофического склероза, является

- профилактической и патогенетической
- этиотропной и патогенетической
- патогенетической и симптоматической
- этиотропной и симптоматической

Для уменьшения общей слабости и повышенной утомляемости пациентке необходимо назначить

- акатинол мемантин
- пароксетин
- цитиколин
- амантадин

Для купирования симптомов дыхательной недостаточности используют

- гипербарическую оксигенацию
- неинвазивную вентиляцию легких
- бронходилататоры
- миорелаксанты центрального действия

Клиническими признаками поражения центрального мотонейрона являются

- пирамидные знаки, фасцикуляции, атрофии
- парезы, гиперрефлексия, пирамидные знаки
- пирамидные знаки, атрофии мышц, гипорефлексия
- парезы, атрофии мышц, фасцикуляции

К признакам поражения периферического мотонейрона относятся

- пирамидные знаки, фасцикуляции, парезы
- парезы, атрофии, фасцикуляции
- парезы, гиперрефлексия, пирамидные знаки
- атрофия, фасцикуляции, гиперрефлексия

Клиническими проявлениями, НЕ типичными для бокового амиотрофического склероза, являются

- пирамидные знаки, фасцикуляции, парезы
- парезы, атрофии, фасцикуляции
- парезы, гиперрефлексия, пирамидные знаки
- атрофия, фасцикуляции, гиперрефлексия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 71 год поступила в неврологическое отделение.

Жалобы

- * похудание мышц верхних конечностей (больше левой руки),
- * нарушение мелких движений пальцев обеих рук, затрудняющее самообслуживание,
- * болезненные судороги в икроножных мышцах,
- * ощущение «нехватки воздуха» в покое,
- * нарушение сна из-за ощущения удушья в горизонтальном положении,
- * необъяснимое снижение веса,
- * общая слабость, утомляемость.

Анамнез заболевания

Год назад появились болезненные судороги в икроножных мышцах, обратила внимание на похудание мышц левой руки, спустя несколько месяцев - правой руки. С этого же времени беспокоит нарушение мелких движений в правой руке: стало трудно застегивать пуговицы, шить, писать. Около месяца назад исподволь стала развиваться одышка вначале при движениях, а затем в покое, затруднение дыхания в горизонтальном положении. Появились головные боли и чувство «разбитости» после сна. Нарастала общая слабость, повышенная утомляемость. Обратилась к врачу-неврологу и после осмотра была направлена на госпитализацию в стационар.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: Артериальная гипертензия 2 степени повышения АД. ИБС: Стенокардия напряжения 2 ф.к.;
- * Оперативные вмешательства: лапароскопическая холецистэктомия;
- * Вредные привычки и профессиональные вредности отрицает;
- * Наследственность по неврологическим заболеваниям не отягощена.

Объективный статус

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательны. Зрачки, глазные щели D=S. Фотореакции живые D=S. Движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Чувствительность на лице не нарушена. Язык по средней линии, атрофии, фасцикуляций нет. Мягкое небо сокращается симметрично. Девиации язычка нет. Глоточные рефлексы живые D=S. Голос звучный, глотание в норме, речь чёткая. Симптом Маринеску-

Радовичи (plus) с обеих сторон. Учащённое поверхностное дыхание с частотой 22 в мин. Ограничена экскурсия грудной клетки. В покое в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Гипотрофия больших грудных мышц, мышц предплечий и плеч S>D, атрофия мышц тенара и гипотенара, межкостных мышц обеих рук. Тонус мышц верхних конечностей низкий, в нижних конечностях не изменен. Фасцикуляции в мышцах рук и плечевого пояса. Мышечная сила снижена в дистальных отделах рук до 4 баллов. Глубокие рефлексы с рук оживлены, рефлексогенные зоны расширены, S>D; с ног – средней живости, D=S. Патологические кистевые рефлексы Россолимо, Вендеровича, с обеих рук. Симптом Бабинского с 2-х сторон Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушены. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует.

Клиническая картина у больной представлена признаками поражения

- периферических нервов
- плечевых сплетений
- центрального и периферического мотонейрона
- нервно-мышечных синапсов

Для подтверждения поражения периферического мотонейрона пациентке необходимо выполнить

- периферических нервов
- плечевых сплетений
- центрального и периферического мотонейрона
- нервно-мышечных синапсов

Результаты обследования

Для исключения поражения центрального мотонейрона пациентке необходимо выполнить

- периферических нервов
- плечевых сплетений
- центрального и периферического мотонейрона
- нервно-мышечных синапсов

Результаты обследования

Лабораторным методом исследования, необходимым для оценки повреждения скелетной мускулатуры, является определение уровня

- периферических нервов
- плечевых сплетений
- центрального и периферического мотонейрона
- нервно-мышечных синапсов

Результаты лабораторного метода обследования

На основании результатов объективного и инструментального обследования у пациентки можно предположить

- периферических нервов
- плечевых сплетений
- центрального и периферического мотонейрона
- нервно-мышечных синапсов

Диагноз

Согласно критериям El Escorial, боковой амиотрофический склероз является + _____ +
диагнозом

- предполагаемым
- возможным
- достоверным
- вероятным

Для лечения болезненных крампи пациентке следует назначить

- дантролен
- толперизон
- леветирацетам
- трамадол

Немедикаментозным лечением крампи и фасцикуляций является

- магнитотерапия
- лазеротерапия
- аппликации озокерита
- гипербарическая оксигенация

Основным показанием к госпитализации у пациентки является проведение

- нейрометаболической терапии
- физиотерапии
- респираторной поддержки
- гипербарической оксигенации

Показанием для проведения неинвазивной вентиляции лёгких является снижение ЖЕЛ < + ____ + %

- 90
- 80
- 85
- 95

Инвазивная ИВЛ у больной боковым амиотрофическим склерозом может проводиться только по

- желанию пациентки и её родственников
- решению реаниматолога
- жизненным показаниям
- решению консилиума

БАС является + _____ + заболеванием нервной системы

- желанию пациентки и её родственников
- решению реаниматолога
- жизненным показаниям
- решению консилиума

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет поступил в отделение неврологии.

Жалобы

- поперхивание при глотании жидкой и твердой пищи,
- носовой оттенок голоса,
- нечеткость речи,
- обильное слюнотечение

Анамнез заболевания

Полгода назад перенес обострение хронического гайморита, лечился амбулаторно. Спустя месяц появились нечеткость речи (трудно выговаривать слова), родственники заметили появление носового оттенка голоса. Спустя три месяца появились поперхивание при глотании твердой, а затем и жидкой пищи, слюнотечение.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: синусит
- * Оперативных вмешательств не переносил
- * Вредных привычек и профессиональных вредностей не имеет
- * Наследственность по неврологическим заболеваниям неотягощена

Объективный статус

Обоняние сохранено. Зрачки правильной формы D=S, фотореакции живые. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Атрофия жевательных мышц с 2-х сторон. При оскаливании отстает правый угол рта. Гипотрофия и фасцикуляции в мышцах языка. Мягкое небо малоподвижно. Дизартрия, дисфония, дисфагия. Оживлен нижнечелюстной рефлекс. Насильственный смех и плач. Хоботковый рефлекс (+), рефлекс Маринеску-Радовичи (+) с 2-х сторон. При осмотре выявляются гипотрофии мышц шеи, над- и подостных мышц, фасцикуляции в мышцах плечевого пояса с 2-х сторон. Сила мышц достаточная. Мышечный тонус не изменён. Глубокие рефлексы оживлены, с расширением рефлексогенных зон, S>D. Вызывается рефлекс Россолимо с обеих рук. Координаторных нарушений нет. Походка не изменена. Функции тазовых органов контролирует.

Инструментальным методом исследования, необходимым для установления диагноза пациенту, является

- желанию пациентки и её родственников
- решению реаниматолога
- жизненным показаниям
- решению консилиума

Результаты инструментального метода обследования

Клиническая картина заболевания у пациента представлена признаками поражения

- чувствительных волокон периферических нервов
- нервно-мышечных синапсов
- центрального и периферического мотонейрона
- скелетных мышц

К признакам поражения периферического мотонейрона у пациента относятся

- парез мягкого неба, гиперрефлексия, рефлекс Россолимо
- атрофия мимических, жевательных мышц, языка, мышц шеи, парез мягкого неба, фасцикуляции
- рефлексы орального автоматизма, парез мягкого неба, насильственный смех и плач
- усиление нижнечелюстного рефлекса, насильственные смех и плач, рефлексы орального автоматизма, гиперрефлексия

Поражение центрального мотонейрона у пациента клинически проявляется

- парезом мягкого неба, фасцикуляциями, гипорефлексией
- атрофиями жевательных мышц, парезом мягкого неба, фасцикуляциями

- атрофией мышц языка, парезом мягкого неба, фасцикуляциями
- усилением нижнечелюстного рефлекса, рефлексами орального автоматизма, гиперрефлексией

На основании результатов физикального и инструментального обследования, можно предположить у больного

- парезом мягкого неба, фасцикуляциями, гипорефлексией
- атрофиями жевательных мышц, парезом мягкого неба, фасцикуляциями
- атрофией мышц языка, парезом мягкого неба, фасцикуляциями
- усилением нижнечелюстного рефлекса, рефлексами орального автоматизма, гиперрефлексией

Диагноз

В клиническом примере описана + _____ + форма бокового амиотрофического склероза

- бульбарная
- шейно-грудная
- пояснично-крестцовая
- первично-генерализованная

Для уменьшения слюнотечения пациенту необходимо назначить

- миорелаксанты центрального действия
- антихолинергические средства
- физиотерапевтическое лечение
- антагонисты β -адренергических рецепторов

При нарушении глотания пациенту необходимо проводить

- иммуносупрессивную терапию
- магнитотерапию
- нутриционную поддержку
- витаминотерапию

Слюнотечение у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом опасно развитием

- кандидоза
- эзофагита
- стоматита
- аспирационной пневмонии

При сохранении у пациента выраженной дисфагии более 4-х недель необходимо

- перейти на парентеральное питание
- применить систему загущения жидкостей
- наложить чрескожную эндоскопическую гастростому
- использовать назогастральный зонд

Боковой амиотрофический склероз относится к группе + _____ + болезней

- мультифакторных
- инфекционных
- сосудистых
- аутоиммунных

Насильственный смех и плач являются проявлением

- мультифакторных
- инфекционных
- сосудистых
- аутоиммунных

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 75 лет пришёл на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

- * мышечная скованность, замедленность произвольных движений, ограничивающие самообслуживание;
- * дрожание рук в покое (больше в правой), изменение почерка;
- * тихий, монотонный голос, повышенное слюноотделение;
- * сниженное настроение, бессонница;
- * запоры до 5 суток, мочеиспускание 3-4 раза в ночное время, снижение АД до 90/50 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Впервые обратил внимание на скованность и замедленность движений около шести лет назад. Через несколько месяцев присоединился тремор покоя в правой руке и через год - в левой. В последний год, на фоне прогрессирующего дрожания, ухудшилось самообслуживание: трудно совершать гигиенические процедуры, одеваться, пользоваться столовыми приборами. С этого же времени жалуется на сниженное настроение, преимущественно в первой половине дня, нарушения сна в виде частых пробуждений, утрату прежних интересов; запоры.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: ИБС: стенокардия напряжения 2 ф.к.;
- * Наследственность неврологическими заболеваниями неотягощена.

Объективный статус

- * Соматический статус*: сальность кожи лица. АД 120/75 мм рт. ст. (лёжа), 100/65 мм рт.ст. (стоя), пульс 75 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены равномерно. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптом "поколачивания" отрицательный с 2-х сторон. Физиологические отправления: запоры до 5 суток, диурез в норме.
- * Неврологический статус*: Менингеальные симптомы отсутствуют. Гипосмия. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объёме. При ориентировочной проверке поля зрения не нарушены. Гипомимия. Сглажена левая носогубная складка. Язык по средней линии. Голос тихий, монотонный, «затухающий» во время беседы. Глотание не нарушено. Гиперсаливация. Рефлексы орального автоматизма (хоботковый, симптом Маринеску-Радовичи). Олигобрадикинезия. Среднеамплитудный тремор покоя в обеих руках. Выявляется феномен «возобновляющегося» тремора. Сила мышц достаточная. Глубокие рефлексы средней живости, D=S. Патологических рефлексов нет. Тонус мышц конечностей повышен по пластическому типу, больше справа. Глубокая и поверхностная чувствительность в норме. Координация движений не нарушена. Походка «шаркающая», с укороченным шагом, нарушена инициация ходьбы, содружественные синкинезии рук отсутствуют. В пробе на оценку постуральной устойчивости - устойчив.
- * Нейропсихиатрический статус*: сознание ясное, ориентирован всесторонне правильно, без психопродуктивной симптоматики. MMSE 28 баллов. Фон настроения снижен, отмечаются суточные колебания настроения с улучшением во второй половине дня. В беседе быстро истощается, безынициативен, выявляются признаки ангедонии. Сон с частыми пробуждениями. Аппетит снижен.

У пациента выявляется + _____ + синдром

- апрактический
- паркинсоновский
- пирамидный

- атактический

На основании жалоб, анамнеза и данных осмотра, у больного можно предположить

- апрактический
- паркинсоновский
- пирамидный
- атактический

Диагноз

К типичным немоторным проявлениям болезни Паркинсона у пациента относят(-я)ся

- вегетативные расстройства
- адиадохокинез
- снижение аппетита
- олигобрадикинезия

Типичным гиперкинезом при болезни Паркинсона является тремор

- интенционный
- покоя
- постуральный
- кинетический

Согласно критериям диагностики Международного общества болезни Паркинсона и двигательных расстройств (2015), у пациента клинически + _____ + болезнь Паркинсона

- достоверная
- возможная
- вероятная
- подтвержденная

По шкале Хен и Яра (1967) у пациента + ___ + стадия болезни Паркинсона

- 2
- 1
- 4
- 3

Форма болезни Паркинсона у пациента может быть расценена как

- смешанная
- дрожательная
- акинетико-ригидная
- гипокинетическая

У пациента выявлен + _____ + психопатологический синдром

- импульсивно-компульсивный
- эмоционально-лабильный
- ипохондрический
- депрессивный

С учётом клинических данных, стадии и формы заболевания, препаратами выбора у пациента являются

- препараты леводопы
- антихолинергические средства
- ингибиторы моноаминоксидазы В
- агонисты дофаминергических рецепторов

Побочным эффектом приёма леводопы является(-ют)ся

- усиление дрожательного гиперкинеза
- сенсорные расстройства
- поведенческие стереотипии
- дискинезии

Выявление депрессии при болезни Паркинсона может потребовать назначения

- антидепрессантов
- нейролептиков
- транквилизаторов
- ноотропных препаратов

В триаду двигательных симптомов при болезни Паркинсона *НЕ* входит

- антидепрессантов
- нейролептиков
- транквилизаторов
- ноотропных препаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 76 лет находится на лечении в неврологическом отделении.

Жалобы

- * «скованность», замедленность и трудность инициации движений;
- * повышенное слюноотделение;
- * беспокойство и тревога в вечернее время;
- * поверхностный сон с частыми пробуждениями, чувством "разбитости", сонливость по утрам;
- * ухудшение памяти;
- * запоры до 5 суток, учащение ночного мочеиспускания до 4-х раз.

Анамнез заболевания

Заболел около 5 лет назад, когда на фоне относительного психосоматического благополучия, впервые обратил внимание на замедленность движений в правой ноге, через 3-4 месяца - в правой руке. Был осмотрен неврологом, получал леводопу/бензеразид 200/50 по ½ таблетки 3 раза в день (300 мг леводопы в сутки) с эффектом. В последние 2 года стали заметны затруднения при инициации движений; снижение памяти и внимания, появились социальная и бытовая дезадаптация. К терапии был добавлен прамипексол 1,5 мг/сутки, на фоне приема которого у больного возникли «видения» животных, с сохранностью критики к состоянию. В последний месяц появились беспокойство, тревожность в вечерние часы, нарушился ночной сон.

Со слов родственников, в последние 2 недели в ночное время пациент жаловался на то, что "видел на своем теле и кровати насекомых", при этом был дезориентирован в месте и времени. Утром после пробуждения эпизоды спутанности амнезировал.

Анамнез жизни

- * В детстве перенес острую ревматическую лихорадку;

- * Хронические заболевания: ИБС. АКС. Хронический бронхит.
- * Операции: аппендэктомия в молодости;
- * Наследственность неврологическими заболеваниями неотягощена

Объективный статус

***Соматический статус*:** состояние удовлетворительное. Себорейный дерматит на лице. Ортостатическая проба: АД стоя 115/75 мм рт. ст., АД лёжа 95/60 мм рт. ст., пульс 75 в мин, ритмичный. Тоны сердца равномерно приглушены. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптом "поколачивания" отрицательный с 2-х сторон. Физиологические отправления: запоры до 7 суток, никтурия.

***Неврологический статус*:** Менингеальные симптомы отсутствуют. Гипосмия. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакции вялые. Ослаблена конвергенция глазных яблок. При ориентировочной проверке поля зрения не нарушены. Гипомимия. Сглажена левая носогубная складка. Язык по средней линии. Диспросодия. Голос тихий, «затухающий», глотание не нарушено. Гиперсаливация. Симптом Маринеску-Радовичи положительный с обеих сторон. Олигобрадикинезия. Тонус мышц конечностей повышен по пластическому типу с обеих сторон, D>S. В правых конечностях симптом «зубчатого колеса». Сила мышц достаточная. Глубокие рефлексы низкие, D=S. Патологических знаков нет. Декремент движений в обеих руках при повторном сжатии пальцев в кулак с последующим разжиманием. Глубокая и поверхностная чувствительность в норме. Координация движений не нарушена. Нарушена инициация ходьбы. Стоит и ходит с посторонней поддержкой. В пробе на оценку постуральной устойчивости - неустойчив.

***Психический статус*:** Сознание ясное. Контакт доступен. На вопросы отвечает по существу. Фон настроения снижен, с повышенной чувствительностью по незначительным поводам. Сон с частыми пробуждениями (до 4-5 за ночь), дневная сонливость. В ночное время развиваются эпизоды спутанности сознания, зрительного галлюциноза с последующей амнезией состояния.

У данного больного можно предположить

- антидепрессантов
- нейролептиков
- транквилизаторов
- ноотропных препаратов

Диагноз

По шкале Хен и Яра (1967) у пациента + ____ + стадия болезни Паркинсона

- 3
- 1
- 4
- 2

У пациента + _____ + форма болезни Паркинсона

- гипокинетическая
- дрожательная
- смешанная
- акинетико-ригидная

К типичным немоторным проявлениям болезни Паркинсона у пациента относится

- инсомния
- диспросодия
- дисфония
- неустойчивость

Дальнейшая тактика терапии препаратом леводопа/бенсеразид включает

- уменьшение разовой дозы
- постепенную отмену препарата
- уменьшение кратности приема препарата
- повышение разовой дозы

Дальнейшая тактика терапии препаратом прамипексол включает

- увеличение суточной дозы
- одномоментную отмену препарата
- постепенное снижение дозировки с последующей отменой препарата
- постепенное повышение дозировки

Для купирования делирия при болезни Паркинсона назначается

- аминазин
- амитриптилин
- гидроксизин
- клозапин

Первичную оценку когнитивных функций больному следует провести с использованием

- шкалы Гамильтона
- опросника Бека
- шкалы Шваба и Ингланда
- Монреальской шкалы оценки когнитивных функций

Результаты Монреальской шкалы оценки когнитивных функций в 20 баллов и данные анамнеза указывают на наличие у пациента

- недементных когнитивных нарушений
- лёгких когнитивных нарушений
- деменции
- возрастной когнитивной нормы

Деменция предрасполагает к развитию у пациента

- параноидного синдрома
- депрессивного расстройства
- сенестопатического синдрома
- эпизодов спутанности сознания

У пациента + _____ + темп прогрессирования болезни Паркинсона

- умеренный
- стационарный
- медленный
- быстрый

Стадия заболевания у пациента подтверждается наличием

- умеренный
- стационарный
- медленный
- быстрый

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 39 лет пришла на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

- * тремор покоя в правой руке;
- * ухудшение почерка;
- * снижение обоняния;
- * повышенная утомляемость;
- * нарушения сна.

Анамнез заболевания

Снижение обоняния отмечает с 35 лет. Полгода назад у пациентки исподволь возникло дрожание правой руки в покое, изменился почерк (с уменьшением размера букв к концу строки). С этого же времени отметила общую замедленность движений. В последующие месяцы выраженность симптомов постепенно нарастает.

Анамнез жизни

- травмы головы отрицает.
- Хронические заболевания: хронический холецистит.
- Наследственность неврологическими заболеваниями не отягощена.

Объективный статус

Соматический статус: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 69 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления: запоры до 4 суток. Диурез не изменён.

Неврологический статус: Менингеальные симптомы отсутствуют. ЧН: Гипосмия. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакция и реакция на аккомодацию с конвергенцией живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Установочный горизонтальный нистагм. Чувствительность на лице не нарушена. Мимика обеднена, редкое моргание. Язык по средней линии. Голос слегка приглушен, снижены амплитуды голосовых модуляций. Рефлексы орального автоматизма не вызываются. Объем активных и пассивных движений в конечностях полный, инициация движений не нарушена. Сила мышц достаточная. Глубокие рефлексы средней живости, D=S. Патологических рефлексов нет. Декремент движений в правой руке при повторном сжимании пальцев в кулак с последующим разжиманием. Изменение почерка: в начале письма буквы имеют обычный размер, к концу строки высота букв снижается. Незначительное повышение мышечного тонуса по пластическому типу в правой руке. Среднеамплитудное дрожание правой руки в покое (при волнении становится крупноамплитудным), проходящее при активных движениях. Выявляется феномен «возобновляющегося дрожания». Глубокая и поверхностная чувствительность в норме. Координация движений в норме. При ходьбе отсутствует физиологическая синкинезия правой руки. В пробе на постуральную устойчивость - устойчива.

Ведущим в клинической картине у пациентки является синдром

- атактический
- пирамидный
- паркинсонизма
- гипокинетический

Гиперкинетический синдром у пациентки представлен

- писчим спазмом
- тремором
- хореическим гиперкинезом
- миоклонией

Тремор в клиническом примере классифицируется как

- интенционный
- рубральный
- кинетический
- тремор покоя

У больной можно предположить

- интенционный
- рубральный
- кинетический
- тремор покоя

Диагноз

Относительно возраста пациентки начало заболевания классифицируется как

- позднее
- типичное
- ювенильное
- раннее

У пациентки + _____ + форма болезни Паркинсона

- акинетико-ригидная
- дрожательная
- гипокинетическая
- смешанная

По шкале Хен и Яра (1967) у пациентки + _____ + стадия болезни Паркинсона

- 1
- 3
- 2
- 4

На основании + _____ + данных устанавливается диагноз болезни Паркинсона

- рентгенологических
- лабораторных
- клинических
- инструментальных

С учетом клинических данных, стадии и формы заболевания, препаратом выбора у пациентки является

- леводопа/энтакапон/карбидопа
- прамипексол
- холина альфосцерат
- леводопа/бенсеразид

Возможным побочным эффектом приема агонистов дофаминергических рецепторов является

- гипертонический криз
- пристрастие к азартным играм
- агранулоцитоз

- клептомания

При выраженном треморе, резистентном к медикаментам, эффективным нелекарственным методом лечения является

- гипербарическая оксигенация
- магнитотерапия
- иглорефлексотерапия
- глубокая стимуляция мозга

Дрожание при болезни Паркинсона отличается от эссенциального тремора

- гипербарическая оксигенация
- магнитотерапия
- иглорефлексотерапия
- глубокая стимуляция мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 73 года пришла на приём к врачу-неврологу в сопровождении родственника.

Жалобы

- * «скованность» в мышцах конечностей и спины, замедленность произвольных движений и трудности их инициации, дрожание в руках и ногах;
- * эпизоды усиления двигательных нарушений вплоть до «выключения» движений;
- * неустойчивость при ходьбе, падения;
- * слюнотечение, тошнота, склонность к запорам; частые ночные пробуждения.

Анамнез заболевания

Впервые жалобы на замедленность произвольных движений возникли 6 лет назад: стала медленнее выполнять привычные бытовые действия. С этого же времени ухудшилось обоняние, появились запоры. Спустя год, после появления первых симптомов, присоединилось дрожание покоя в правых конечностях и через год - в левых. Обратилась к неврологу, была назначена терапия препаратом леводопа/бенсеразид 200/50 в дозировке 1 табл. 3 раза в сутки (600 мг леводопы в сутки). На фоне лекарственной терапии отметила улучшение двигательной активности. Последние месяцы нараста «скованность», снизилась двигательная активность и самообслуживание, появились падения из-за неустойчивости. Предъявляет жалобы на, возникающие примерно за 1 час до приёма препарата, значительное усиления мышечной скованности, замедленности и нарушения инициации движений. Через 30 минут после приёма лекарства двигательная активность восстанавливается до прежнего уровня.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания: аутоиммунный тиреоидит, узловатая форма.
- * Эутиреоз. Гипертоническая болезнь 2 ст. повышения АД. ХСН I-II ф.к.;
- * наследственность неврологическими заболеваниями не отягощена.

Объективный статус

Соматический статус: Кожные покровы обычной окраски, чистые.

Ортостатическая проба: АД лежа 120/80 мм рт. ст., АД стоя 100/65 мм рт. ст., пульс 69 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены равномерно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления: запоры до 5 дней, диурез не изменён.

Неврологический статус: Менингеальные симптомы не вызываются. Гипосмия. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакции вялые. Ослаблена конвергенция глазных яблок. При ориентировочной проверке поля зрения не

нарушены. Гипомимия, редкое мигание. Легкая сглаженность левой носогубной складки. Язык по средней линии. Голос тихий, монотонный, «затухающий» в беседе, глотание не нарушено. Симптом Маринеску-Радовичи положительный с обеих сторон. Среднеамплитудный тремор покоя в обеих руках, D>S, по типу «счёта монет». Сила мышц достаточная. Сухожильные и периостальные рефлексy низкие, D=S. Патологических стопных знаков нет. Тонус мышц конечностей повышен по пластическому типу с обеих сторон, больше справа. Олигобрадикинезия. Чувствительность, координация движений не нарушена. Поза «согбенная». Походка с укорочением длины шага, «шаркающая», нарушена инициация ходьбы, содружественные синкинезии отсутствуют.

У пациентки выявляется синдром

- гиперкинетический
- пирамидный
- мозжечковый
- паркинсонизма

Вероятный клинический диагноз звучит как

- гиперкинетический
- пирамидный
- мозжечковый
- паркинсонизма

Диагноз

У пациентки + _____ + форма болезни Паркинсона

- дрожательная
- акинетико-ригидная
- смешанная
- гипокинетическая

Изменения двигательной активности у больной в течение дня, связанные со временем приема леводопы, называются

- постуральной неустойчивостью
- вегетативными нарушениями
- моторными флуктуациями
- немоторными флуктуациями

Моторные флуктуации у больной представлены

- дискинезией пика дозы
- дискинезией конца дозы
- феноменом «включения-выключения»
- двухфазными дискинезиями

Феномен «включения-выключения» является проявлением

- передозировки леводопой
- гиперчувствительности дофаминовых рецепторов
- прекращения /ослабления действия дозы леводопы
- одновременного приёма леводопы и гипотензивных средств

Для определения стадии заболевания по шкале Хен и Яра необходимо провести оценку

- постуральной устойчивости
- инициации произвольных движений
- координации движений
- праксиса

Тактикой терапии моторных флуктуаций может являться

- уменьшение кратности приёма леводопы
- физиотерапия
- ботулинотерапия
- увеличение кратности приёма леводопы

При недостаточной эффективности изменения схемы приёма леводопы, тактикой терапии моторных флуктуаций может являться

- транскраниальная магнитная стимуляция
- назначение амантадина
- назначение леводопы/карбидопы/энтакапона
- нейрометаболическая терапия

Возможным побочным эффектом приёма леводопы являет(-ют)ся

- повышение мышечного тонуса
- поведенческие стереотипии
- усиление дрожательного гиперкинеза
- дискинезии

Болезнь Паркинсона относится к группе

- таупатий
- ферментопатий
- α -синуклеинопатий
- митохондриопатий

К немоторным проявлениям болезни Паркинсона у пациентки относится

- таупатий
- ферментопатий
- α -синуклеинопатий
- митохондриопатий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет пришёл на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

- * «скованность» мышц, замедленность произвольных движений; изменение голоса;
- * непроизвольные движения в мышцах лица, туловища, конечностей;
- * нарушения сна в виде трудности засыпания
- * учащение ночного мочеиспускания до 4-х раз за ночь, запоры до 7 дней.

Анамнез заболевания

Снижение обоняния отмечает с 35 лет. В 40 лет исподволь появилась замедленность движений,

«скованность» в правой руке, стал тише голос. Был осмотрен неврологом, назначен прамипексол 1,5 мг в сутки с хорошим эффектом: темп движений увеличился, ощущение «скованности» уменьшилась. В последующие годы выраженность симптомов постепенно нарастала, присоединилось запоры, нарушения сна, никтурия, гиперсаливация. С 45 лет, помимо прамипексола 1,5 мг в сутки, принимает препарат леводопа/бенсеразид 200/50 мг в дозировке 1 табл. 3 раза в сутки (600 мг леводопы в сутки) с эффектом. В течение последнего года, через час после приёма леводопы, стали развиваться непроизвольные быстрые движения по типу гримас, «скручивания» туловища, взмахов руками, усиливающиеся при произвольных движениях и волнении, уменьшающиеся в покое.

Анамнез жизни

* в детстве перенёс закрытую травму черепа с сотрясением головного мозга.

* хронические заболевания: хронический гастродуоденит;

* наследственность неврологическими заболеваниями не отягощена.

Объективный статус

Соматический статус: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД стоя и лёжа 115/70 мм рт.ст. ЧСС 73 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Физиологические отправления: запоры до 7 суток, никтурия. Неврологический статус (через 1 час после приёма леводопы): Менингеальные симптомы не вызываются. Гипосмия. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакция и реакция на аккомодацию с конвергенцией живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Быстрые непроизвольные разноамплитудные движения в мимической мускулатуре, мышцах плечевого пояса, кистей рук, ног. Голос тихий, монотонный, глотание не нарушено. Гиперсаливация. Рефлексы орального автоматизма не вызываются. Объем активных и пассивных движений в конечностях полный, инициация движений не нарушена. Сила мышц достаточная. Глубокие рефлексы средней живости, D=S. Патологических рефлексов нет. Декремент движений в руках при повторном сжимании пальцев в кулак с последующим разжиманием (больше в правой). Легкое повышение мышечного тонуса по пластическому типу в левой руке, симптом «зубчатого колеса» в правой руке. Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушена. Координация не изменена. Толчковая проба отрицательная. Походка гиперкинетическая.

Ведущим клиническим проявлением у пациента является синдром

- атактический
- моторной апраксии
- пирамидный
- паркинсонизма

У данного больного можно предположить

- атактический
- моторной апраксии
- пирамидный
- паркинсонизма

Диагноз

У пациента + ____ + стадия болезни Паркинсона по шкале Хен и Яра (1967)

- 2
- 4
- 3
- 1

Дебют болезни Паркинсона у пациента классифицируется как

- классический
- типичный
- ранний
- ювенильный

Гиперкинетический синдром у больного представлен

- хореей
- тиком Жиля де ля Туретта
- постуральным тремором
- эссенциальным миоклонусом

Гиперкинезы у больного представлены вариантом

- поздней дискинезии
- дискинезии периода выключения
- дискинезии пика дозы
- двухфазной дискинезии

Возникновение дискинезии пика дозы обусловлено

- максимальным действием леводопы
- истощением действия леводопы
- недостаточной дозировкой леводопы
- пропуском приема леводопы

Фактором риска развития гиперкинезов у больного является

- раннее начало заболевания
- акинетико-ригидная форма заболевания
- мужской пол
- перенесенная травма головы в анамнезе

Для коррекции дискинезии пациенту может быть эффективно

- уменьшение разовой дозы леводопы
- увеличение разовой дозы леводопы
- сокращение кратности приёма леводопы до 1 раза в сутки
- увеличение кратности приема леводопы без сокращения разовой дозы

Тактикой терапии дискинезий может являться

- назначение пирибедила без снижения дозы леводопы
- назначение быстродействующей формы леводопы
- инфузия холина альфосцерата с последующим переходом на пероральный приём
- внутривенная инфузия амантадина (в течение 5-10 дней) с последующим переходом на пероральный приём амантадина

Эффективным немедикаментозным методом лечения дискинезии пика дозы при фармакорезистентных случаях является

- стимуляция глубинных структур мозга
- ботулинотерапия
- иглорефлексотерапия
- физиотерапия

Для уменьшения гиперсаливации больному можно рекомендовать

- стимуляция глубинных структур мозга
- ботулинотерапия
- иглорефлексотерапия
- физиотерапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет обратился на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

- * дрожание рук, возникающее при движениях;
- * ухудшение почерка из-за дрожания.

Анамнез заболевания

Относительно симметричное дрожание в обеих руках возникло у пациента около 1 года назад. В начале заболевания дрожание в руках проявлялось лишь при волнении. Спустя несколько месяцев больной заметил изменение почерка (стал размашистым, буквы заострились), появление дрожания при пользовании столовыми приборами. Непроизвольные движения усиливаются при эмоциональной, физической нагрузке; уменьшаются после приёма алкоголя.

Анамнез жизни

- * в детстве перенёс закрытую травму черепа с сотрясением.
- * хронические заболевания отсутствуют;
- * дрожательный гиперкинез был у мамы и бабушки.

Объективный статус

Неврологический статус: Менингеальные симптомы отсутствуют. Обоняние сохранено. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакция и реакция на аккомодацию с конвергенцией живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Чувствительность на лице не нарушена. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Язык по средней линии. Голос звучный, речь модулированная, глотание не нарушено. Рефлексы орального автоматизма не вызываются. Объем активных и пассивных движений в конечностях полный, инициация движений не нарушена. Сила мышц достаточная. Глубокие рефлексы средней живости, D=S. Патологических рефлексов нет. Темп и амплитуда движений не снижены. Мышечный тонус не изменен. Симметричный среднеамплитудный тремор в руках, возникающий при их удержании в статической позе и при целенаправленных движениях. Изменение почерка: буквы размашистые, линии букв неровные, заострённые. Глубокая и поверхностная чувствительность не изменены. Координация движений не нарушена. Походка без особенностей, физиологические синкинезии сохранены.

При осмотре у пациента выявлен синдром

- гиперкинетический
- олигокинетический
- атактический
- гипокинетический

Гиперкинетический синдром у пациента проявляется

- миоклонией
- тремором
- дистонией
- атетозом

Тремор в данном случае классифицируется как

- тремор покоя
- рубральный
- интенционный
- постурально-кинетический

У данного больного на основании осмотра можно предположить

- тремор покоя
- рубральный
- интенционный
- постурально-кинетический

Диагноз

Формой заболевания у пациента является

- сцепленная с X-хромосомой
- аутосомно-доминантная
- аутосомно-рецессивная
- спорадическая

Инструментальный метод, позволяющий уточнить характеристики дрожания, называется

- сцепленная с X-хромосомой
- аутосомно-доминантная
- аутосомно-рецессивная
- спорадическая

Результаты обследования

Препаратом первого выбора является

- пропранолол
- амантадин
- клоназепам
- леводопа

Противопоказанием к назначению пропранолола является

- панкреатит
- брадикардия
- депрессия
- артериальная гипертензия

Дифференциальный диагноз при появлении постурально-кинетического тремора в молодом возрасте проводится с

- рассеянным склерозом
- атаксией Фридрейха
- торсионной дистонией
- болезнью Вильсона-Коновалова

Типичной локализацией дрожательного гиперкинеза при эссенциальном треморе является область верхних конечностей и/или

- головы и голосовых связок
- нижней челюсти
- туловища
- нижних конечностей

Для эссенциального тремора характерна локализация в конечностях

- односторонняя
- только в нижних
- только в верхних
- симметричная

Подтверждающим диагноз симптомом у пациента является

- односторонняя
- только в нижних
- только в верхних
- симметричная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет пришла на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

- * дрожание в руках, ухудшающее самообслуживание;
- * дрожание головы;
- * ухудшение почерка из-за дрожания.

Анамнез заболевания

Симметричное непостоянное дрожание в обеих руках возникло у пациентки около 3-х лет назад. Пациентка связывала его с эмоциональными нагрузками, за медицинской помощью не обращалась. Год назад выраженность дрожания увеличилась; дрожание рук стало почти постоянным. Присоединилось дрожание головы, затруднения при письме. Работает бухгалтером, дрожание рук мешает выполнению профессиональных обязанностей, в связи с чем обратилась к врачу.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания: бронхиальная астма; диффузно-узловой зоб;
- * наследственность: дрожательный гиперкинез у бабушки и тёти по материнской линии.

Объективный статус

Неврологический статус: Менингеальные симптомы отсутствуют. Обоняние сохранено. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакция и реакция на аккомодацию с конвергенцией живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Чувствительность на лице не нарушена. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Язык по средней линии. Девиации язычка нет. Голос звучный, речь модулированная, глотание не нарушено. Рефлексы орального автоматизма не вызываются. Объем активных и пассивных движений в конечностях полный, инициация движений не нарушена. Темп и амплитуда движений не снижены. Мышечный тонус в конечностях незначительно снижен. Сила мышц достаточная. Симметричный среднеамплитудный тремор руках, возникающий при удерживании рук в статических позах и целенаправленных движениях, головы по типу «нет-нет». Глубокие рефлексы средней живости, D=S. Патологических рефлексов нет. Глубокая и поверхностная чувствительность в норме. В позе Ромберга устойчива. Пальце-носовую пробу выполняет с лёгким интенционным тремором с 2-х сторон. Коленно-пяточную пробу выполняет удовлетворительно. Походка без особенностей, физиологические синкинезии сохранены.

На основании осмотра предполагаемым диагнозом у больной является

- односторонняя
- только в нижних
- только в верхних
- симметричная

Диагноз

Диагноз у пациентки прежде всего подтверждается

- относительно быстрым прогрессированием дрожания
- возрастом дебюта заболевания
- наследственной предрасположенностью
- гендерной принадлежностью

Характерной особенностью заболевания является

- сохранность автоматических синкинезий
- пирамидная недостаточность
- локализация тремора в руках и голове
- мышечная гипотония

Интенционный компонент тремора, выявленный у пациентки, может

- сочетаться с постурально-кинетическим тремором
- требовать дополнительного обследования
- исключить эссенциальный тремор
- подтвердить эссенциальный тремор

Возможным неврологическим симптомом при эссенциальном треморе является

- симптом Бабинского
- постуральная неустойчивость
- нарушение тандемной ходьбы
- нарушение суставно-мышечного чувства

При эссенциальном треморе амплитуда гиперкинеза может меняться в зависимости от

- эмоционального состояния
- уровня глюкозы в крови
- внешней температуры
- уровня артериального давления

Типичная локализация эссенциального тремора - это

- туловище и нижние конечности
- нижние конечности
- нижняя челюсть
- голосовые связки

Почерк при эссенциальном треморе становится

- затухающим к концу строки
- размашистым, заострённым
- мелким, скруглённым

- с недифференцированным нажимом

Одним из отличий эссенциального дрожания от тремора при болезни Паркинсона является

- симметричное начало
- сочетание с гипокинезией
- быстрое прогрессирование
- положительный ответ на леводопу

Лабораторным методом, применяемым для дифференциальной диагностики тремора, является исследование в крови

- симметричное начало
- сочетание с гипокинезией
- быстрое прогрессирование
- положительный ответ на леводопу

Результаты обследования

С учётом клинических данных препаратом выбора у пациентки является

- пирибедил
- пропранолол
- примидон
- леводопа

Возможным побочным эффектом при назначении примидона является(-ют)ся

- пирибедил
- пропранолол
- примидон
- леводопа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 61 года обратилась к врачу-неврологу.

Жалобы

- * постоянное дрожание в руках при целенаправленных движениях, резко снижающее самообслуживание;
- * дрожание головы;
- * дрожащий тембр голоса, затрудняющий общение;
- * нарушение письма из-за дрожания: «не могу поставить подпись, заполнить документы».

Анамнез заболевания

Дрожание головы появилось около 10 лет назад на фоне относительного психосоматического благополучия. Спустя несколько лет появился вибрирующий тембр голоса, исподволь развилось дрожание рук, возникающее в определённых положениях (не могла нести чашку, сумку, развешивать бельё). С течением времени выраженность непроизвольных движений усилилась, а при эмоциональном напряжении дрожание стало носить генерализованный характер. Со слов больной «всю колотило». Обратилась к врачу, был назначен пропранолол в дозировке 60 мг (по 20 мг 3 раза в день) в сутки. На фоне терапии выраженность гиперкинеза уменьшилась, однако спустя год, препарат пришлось отменить из-за, выявленной у больной AV-блокады II ст. Назначаемые в последующем примидон, габапентин, топирамат в терапевтических дозах значимого эффекта не оказывали. Заметила положительное действие небольших доз алкоголя. В связи с

прогрессированием дрожания и выраженным нарушением самообслуживания (не может выполнить гигиенические процедуры, застегнуть пуговицы, приготовить еду, пользоваться столовыми приборами, сделать уборку, погладить, заполнить документы) обратилась к врачу.

Анамнез жизни

* хронические заболевания: Атеросклероз. ИБС. Стенокардия напряжения 2 ф.к. AV-блокады II ст.

Хронический бронхит. Полисегментарный остеохондроз.

* наследственность неврологическими заболеваниями не отягощена.

Объективный статус

Соматический статус: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД стоя и лежа 130/80 мм рт.ст. ЧСС 70 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Менингеальные симптомы отсутствуют. Обоняние сохранено. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакция и реакция на аккомодацию с конвергенцией живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Установочный горизонтальный нистагм. Чувствительность на лице не нарушена. Мимика живая. Сглажена левая носогубная складка. Тремор губ, возникающий при улыбке и разговоре. Язык по средней линии. Девиации язычка нет. Голос звучный, вибрирующий, глотание не нарушено. Рефлекс Маринеску-Радовичи в 2-х сторон. Объем активных и пассивных движений в конечностях полный, инициация движений не нарушена. Мышечный тонус физиологический. Сила мышц достаточная. Симметричный среднеамплитудный постурально-кинетический тремор обеих рук и головы по типу «нет-нет». Попытка подавить усиливающееся при письме дрожание приводит к выраженному напряжению мышц кисти и предплечья. Почерк изменён: буквы размашистые, линии букв неровные, заострённые. Глубокие рефлексы с рук средней живости, коленные и подошвенные средней живости D=S, ахилловы низкие, симметричные. Патологических рефлексов нет. Глубокая и поверхностная чувствительность в норме. В позе Ромберга устойчива. Пальце-носовую пробу выполняет с лёгким интенционным тремором с 2-х сторон, коленно-пяточную - удовлетворительно. Нарушена тандемная ходьба, физиологические синкинезии сохранены.

На основании клинического осмотра предположительным диагнозом у данной больной является

- пирибедил
- пропранолол
- примидон
- леводопа

Диагноз

Лёгкий интенционный компонент тремора, выявленный у пациентки

- может отмечаться при эссенциальном треморе
- подтверждает эссенциальный тремор
- требует дополнительного обследования
- исключает эссенциальный тремор

Неврологическим симптомом у пациентки, который может выявляться при эссенциальном треморе, является

- установочный горизонтальный нистагм
- нарушение тандемной походки
- снижение ахилловых рефлексов
- рефлекс Маринеску-Радовичи

Вероятная форма эссенциального тремора у пациентки называется

- сцепленной с Y-хромосомой

- полигенной
- аутосомно-доминантной
- спорадической или аутосомно-рецессивной

Диагноз устанавливается на основании данных

- треморографии
- ЭЭГ
- клинических
- стимуляционной ЭМГ

С учётом данных анамнеза, лекарственным препаратом выбора может являться

- бисопролол
- клоназепам
- леводопа
- амантадин

Возможным побочным эффектом при назначении клоназепама является

- нарушение координации движений
- брадикардия
- гипергликемия
- лейкопения

Эффективным нелекарственным методом лечения выраженного эссенциального тремора, резистентного к лекарственному лечению и ограничивающему самообслуживание, является

- глубокая стимуляция мозга
- массаж
- грязелечение
- магнитотерапия

Мишенью глубокой стимуляции при эссенциальном треморе является

- вентральное промежуточное ядро таламуса
- спинной мозг
- внутренний сегмент бледного шара
- субталамическое ядро

Дрожание при эссенциальном треморе отличается от тремора при болезни Паркинсона

- локализацией в ногах
- асимметричным дебютом
- кинетическим характером
- сочетанием с гипокинезией

Дрожание голоса у пациентки обусловлено тремором

- круговой мышцы рта
- голосовых связок
- мышц глотки
- мышц языка

Дрожательный гиперкинез при цервикальной дистонии отличается от эссенциального тремора

- круговой мышцы рта
- голосовых связок
- мышц глотки
- мышц языка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 21 год пришёл на приём к врачу-неврологу.

Жалобы

- * дрожание рук, возникающее при целенаправленных движениях;
- * дрожание головы.

Анамнез заболевания

Дрожание обеих рук и головы по типу «нет-нет» возникло у пациента несколько месяцев назад на фоне психосоматического благополучия. Отмечает усиление дрожания при удерживании рук в определённых положениях, эмоциональных нагрузках; исчезновение после приёма малых доз алкоголя. Дрожание не мешает выполнению профессиональных обязанностей.

Анамнез жизни

- * работает сборщиком приборов;
- * хронические заболевания отсутствуют;
- * дрожательный гиперкинез рук есть у мамы и бабушки пациента с началом в возрасте около 40 лет.

Объективный статус

Неврологический статус: Менингеальные симптомы отсутствуют. Обоняние сохранено. Глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакция и реакция на аккомодацию с конвергенцией живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Чувствительность на лице не нарушена. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Язык по средней линии. Голос звучный, речь модулированная, глотание не нарушено. Объем активных и пассивных движений в конечностях полный, инициация движений не нарушена. Мышечный тонус не изменен. Сила мышц достаточная. Симметричное мелкоамплитудное дрожание обеих рук в статических позах и при движениях, тремор головы по типу «нет-нет». Глубокие рефлексы средней живости, D=S. Патологических рефлексов нет. Глубокая и поверхностная чувствительность, координация не нарушены. Почерк фактически не изменен (минимальная неровность букв). Походка без особенностей, физиологические синкинезии сохранены.

Неврологическим синдромом, выявленным у пациента, является

- атактический
- гипокинетический
- гиперкинетический
- пирамидный

Видом гиперкинеза является

- хореоатетоз
- дистония
- миоклония
- тремор

Типом тремора является

- тремор покоя
- психогенный

- интенционный
- постурально-кинетический

Предполагаемым диагнозом у больного является

- тремор покоя
- психогенный
- интенционный
- постурально-кинетический

Диагноз

Типом наследования эссенциального тремора у пациента является

- аутосомно-доминантный
- сцепленный с X-хромосомой
- полигенный
- аутосомно-рецессивный

Лечебной тактикой в отношении тремора, показанной данному пациенту, является

- назначение примидона
- физиотерапия
- назначение пропранолола
- динамическое наблюдение

Для уменьшения амплитуды тремора может использоваться

- ботулотоксин типа А
- магнитотерапия
- тейпирование
- озонотерапия

Для минимизации функциональных ограничений при эссенциальном треморе нужно рекомендовать пациенту

- избегать социальных контактов
- принимать малые дозы алкоголя
- овладеть адаптивными методами
- не пользоваться колюще-режущими предметами

К немедикаментозным подходам, уменьшающим амплитуду дрожания в руках, относится

- криотерапия
- аппликации озокерита
- гипербарическая оксигенация
- ношение ортезов

Подтверждающим диагноз симптомом является

- сохранная координация движений
- амплитуда тремора
- отсутствие изменений почерка
- положительная реакция на алкоголь

Для эссенциального тремора характерно

- вовлечение нижних конечностей
- вовлечение подбородка
- усиление во сне
- усиление при волнении

Дифференциальный диагноз эссенциального тремора в молодом возрасте следует проводить с

- вовлечение нижних конечностей
- вовлечение подбородка
- усиление во сне
- усиление при волнении

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась на прием к врачу-неврологу.

Жалобы

На трудности засыпания вечером после укладывания в постель, частые пробуждения ночью, ощущение усталости, «разбитости» в дневное время.

Анамнез заболевания

Месяц назад у пациентки случился конфликт с начальником на работе из-за того, что, по его мнению, женщина недостаточно качественно выполняла свои обязанности. В них входил прием посетителей и регистрация входящей корреспонденции. Женщина считает, что начальник специально придирается к ее работе, чтобы заменить ее более молодой сотрудницей. На следующую ночь после неприятного разговора она не смогла уснуть, переживала, плакала. В последующие ночи уснуть удавалось только через 2-3 часа после укладывания в постель, но через 40-60 минут просыпалась и снова не могла уснуть. Утром стала ощущать себя усталой, невыспавшейся. Днем появилась раздражительность, стала совершать ошибки в своей обычной деятельности. Несколько раз попадала в неприятные ситуации во время вождения автомобиля, «в последний момент» удавалось избежать аварии. В последнее время частота «плохих» ночей, когда долго засыпает вечером и часто просыпается ночью, составляет 4-5 в неделю. Старается ложиться в постель в 22:00, в рабочие дни утром необходимо просыпаться в 6 ч., чтобы успеть собраться. В выходные дни ложится спать в такое же время, и утром все равно просыпается в 6 ч. По данным заполнявшегося пациенткой в течение 1 недели дневника сна среднее время засыпания составило 60 минут, общее время сна – 5,5 часов.

Анамнез жизни

- * психических заболеваний у родственников не было
- * страдает хроническим гастритом
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечено

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 120/80 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. В ясном сознании, выглядит усталой и в то же время возбужденной. Правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Глазные щели, зрачки равные. Объем движений глазных яблок полный. Лицо симметрично в покое и при выполнении мимических проб. Слух ориентировочно не снижен. Дисфагии, дисфонии, дизартрии нет. Язык при выведении из полости рта по средней линии. Сухожильные рефлексы симметрично оживлены, с расширением зон. Парезы, нарушения глубокой и поверхностной чувствительности отсутствуют. При выполнении координаторных проб

отмечается мелкоразмашистый постуральный тремор кистей рук. Пальценосовую, коленно-пяточную пробы выполняет уверенно. Походка устойчивая.

Ведущим в клинической картине является синдром

- нарушения циркадианного ритма «сон-бодрствование»
- нарушения дыхания во сне
- гиперсомнии
- инсомнии

Нозологически нарушение сна пациентки представляет собой

- хроническую инсомнию
- неуточненную инсомнию
- острую инсомнию
- ночные страхи

У пациентки имеются нарушения бодрствования в форме

- усталости
- ухудшение семейного функционирования
- дневной сонливости
- снижение уровня мотивации

Наличие у пациентки нарушения ночного сна подтверждается данными

- видеомониторинга ЭЭГ
- дневника сна
- ночной полисомнографии
- содержания мелатонина в крови

Нарушения сна у пациентки обусловлены

- изменением образа жизни
- изменением социального положения
- проблемами с близкими
- наличием конфликта

На нарушение когнитивных функций вследствие расстройства сна указывает(-ют)

- ошибки на работе
- неудовлетворенность сном
- дневная сонливость
- возросшая эмоциональность

Как клиническое проявление гиперактивации нервной системы у пациентки можно рассматривать

- сонливость в дневное время
- ошибки в производственной деятельности
- повышенную эмоциональную возбудимость
- тремор

Проводить нейровизуализационное исследование в данном случае

- следует только на фоне медикаментозной седации
- следует с одновременной регистрацией электроэнцефалограммы

- не следует
- следует утром после «бессонной» ночи

В программу лечения следует включить

- антидепрессанты
- бета-адреноблокаторы
- нейролептики
- гигиену сна

Учитывая необходимость управления транспортным средством, из снотворных наилучшим выбором будут

- антидепрессанты с седативным эффектом
- бензодиазепиновые транквилизаторы
- небензодиазепиновые транквилизаторы
- препараты Z-группы

Наименьшим периодом полувыведения обладает снотворный препарат

- феназепам
- зопиклон
- залеплон
- золпидем

Гендерной особенностью при инсомнии является

- феназепам
- зопиклон
- залеплон
- золпидем

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 36 лет обратилась на прием к врачу-неврологу.

Жалобы

На постоянную сонливость в дневное время, временами усиливающуюся; головные боли по утрам; после пробуждения; частые ночные пробуждения с позывами на мочеиспускание; громкий храп во сне.

Анамнез заболевания

Сонливость стал замечать около 5 лет назад, после женитьбы, когда заметно прибавил в весе (масса тела увеличилась 10 кг). Стал засыпать на совещаниях, в театре. В последние 2 года сонливость усилилась, стал ощущать ее в дневное время во время вождения автомобиля. В выходные, если появляется возможность, спит днем после обеда 1,5-2 ч. после этого ощущает себя отдохнувшим в течение некоторого времени. Храпит около 10 лет, это ему не мешает. Частые пробуждения для мочеиспускания стал отмечать около 2-х лет назад. В настоящее время обязательно встает ночью в туалет 2 раза. Пациент был осмотрен оториноларингологом: обнаружено сужение зева с умеренной гипертрофией и отечностью язычка (uvula).

Анамнез жизни

* психических заболеваний у родственников не отмечалось

* страдает гипертонической болезнью с преимущественным повышением АД в ночные и утренние часы, хроническим простатитом

* курит 10 сигарет в сутки

- * алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей нет
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечено

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. Повышенного питания, при росте 178 см. вес 105 кг. АД 130/90 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 в дневное время нет.

Неврологический статус. В ясном сознании. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Глазные щели, зрачки равные. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично в покое и при выполнении мимических проб. Слух ориентировочно не снижен. Дисфагии, дисфонии, дизартрии нет. Язык при выведении из полости рта по средней линии. Сухожильные рефлексы средней живости, симметричные. Парезы, нарушения глубокой и поверхностной чувствительности отсутствуют. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Походка устойчивая.

Во время проведения клинического интервью больного с храпом следует спросить, отмечал ли он, или его близкие во время сна

- кошмарные сновидения
- непроизвольные эрекции
- остановки дыхания
- бессвязное бормотание

Для уточнения причины нарушения сна и бодрствования у пациента с храпом и дневной сонливостью следует провести

- видеомониторинг ЭЭГ
- множественный тест латенции сна
- полисомнографию
- МР-томографию головы

Причиной развития обструкции верхних дыхательных путей во время сна является их

- обтурация слизью
- нечувствительность к внешним раздражителям
- сужение
- реакция на растяжение легких

Обычным местом коллапса дыхательных путей при развитии обструктивного апноэ сна является

- гортаноглотка
- ротоглотка
- носоглотка
- трахея и крупные бронхи

Обследование оториноларинголога при подозрении на наличие расстройств дыхания во сне позволяет определить

- вид апноэ и гипопноэ
- место обструкции
- скорость течения заболевания
- тяжесть нарушений дыхания

Нормальным показателем числа эпизодов расстройств дыхания за час сна считается значение

- вид апноэ и гипопноэ
- место обструкции
- скорость течения заболевания
- тяжесть нарушений дыхания

Дополнительная информация

Пациенту была выполнена полисомнография. Получены следующие результаты:

Заключение по результатам полисомнографии: Общее время сна снижено. Структура сна изменена за счет увеличения времени засыпания, числа пробуждений, времени бодрствования в период сна и уменьшения представленности глубокого медленного сна и фазы быстрого сна. На фоне громкого храпа регистрируются множественные эпизоды расстройств дыхания во время сна в форме апноэ и гипопноэ обструктивного характера (ИДР – 69,3 при норме до 5 эпиз./час).

{nbsp}

{nbsp}

Гипнограмма (график сна) пациента.

Приступы головной боли по утрам пациента следует рассматривать как проявление

- ночной гипоксемии
- остеохондроза шейного отдела позвоночника
- депрессивного расстройства
- ночных повышений артериального давления

Повышение артериального давления в ночные часы

- является следствием апноэ
- приводит к развитию апноэ во сне
- никак не связано с апноэ во сне
- отражает сопутствующие апноэ нарушения структуры сна

Среди факторов риска развития нарушений дыхания во сне у пациента на первое место следует поставить

- регулярное курение
- средний возраст
- ожирение
- мужской пол

Методом выбора в лечении должна(-о) стать

- хирургическое лечение
- СИПАП-терапия
- поведенческая терапия
- фармакотерапия

Эффективность оперативного лечения синдрома обструктивного апноэ сна увеличивается после

- пробного лечения ротовыми аппликаторами
- 5-ти летнего использования вспомогательной вентиляции
- снижения массы тела
- полного отказа от курения

Успешное лечение синдрома обструктивного апноэ сна сопровождается

- пробного лечения ротовыми аппликаторами
- 5-ти летнего использования вспомогательной вентиляции

- снижения массы тела
- полного отказа от курения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет обратилась на прием к врачу-неврологу.

Жалобы

На постоянную сонливость в дневное время, временами усиливающуюся; непроизвольные засыпания в дневное время; нарушенный ночной сон с частыми пробуждениями; приступы мышечной слабости, возникающие на фоне сильных эмоций.

Анамнез заболевания

В возрасте 12 лет через месяц после перенесенного ОРВИ стал ощущать сильную сонливость днем, периодически засыпал, из-за чего с трудом смог продолжать обучение в школе. Через 3 месяца после появления сонливости окружающие стали замечать, что у пациента «вываливается язык» изо рта. Сам он на это внимания не обращал. Еще через 4 месяца «рот закрылся», язык перестал вываливаться, однако во время переживания сильных эмоций, например, при просмотре телепередач, смехе, стали возникать приступы мышечной слабости из-за чего падал. Во время приступа был в сознании, однако несколько минут не мог пошевелить ни рукой, ни ногой. С возраста 13 лет стал отмечать нарушения ночного сна – часто просыпался ночью и не мог заснуть. Сновидения стали яркими, тревожными. Несколько раз случались ситуации когда во время засыпания ему казалось, что кто-то вошел в комнату и стоит рядом с его постелью. Обследовался у эпилептолога, получал противосудорожные препараты (вальпроевую кислоту) в течение 1 года. Эффекта от них в отношении приступов слабости не отмечал, в связи с чем прием препаратов прекратил. Выраженность указанных проявлений оставалась одинаковой в течение последующих 12 лет.

Анамнез жизни

- * психических заболеваний у родственников не отмечалось
- * хронических заболеваний нет
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей нет
- * аллергии к лекарственным препаратам не отмечено

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. Повышенного питания, при росте 180 см. вес 87 кг. 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. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Дизурии нет. Неврологический статус. В ясном сознании. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Глазные щели, зрачки равные. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично в покое и при выполнении мимических проб. Слух ориентировочно не снижен. Дисфагии, дисфонии, дизартрии нет. Язык при выведении из полости рта по средней линии. Сухожильные рефлексы средней живости, симметричные. Парезы, нарушения глубокой и поверхностной чувствительности отсутствуют. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Походка устойчивая.

Сонливость у пациента носит патологический характер, поскольку проявляется

- в дневное время
- с детского возраста
- при приступах мышечной слабости
- на фоне сильных эмоций

Мышечную слабость, возникающую у пациента, следует рассматривать в рамках приступа

- кататонии
- катаплексии
- кататрениии
- каталепсии

В понятие нарколептической пентады НЕ входят

- параличи сна
- автоматизмы
- катаплектические припадки
- гипнопомпические галлюцинации

При наличии избыточной дневной сонливости в первую очередь следует исключить

- токсическую энцефалопатию
- эндогенное психическое заболевание
- нарушение ночного сна (при помощи полисомнографии)
- летаргический энцефалит

Для окончательного подтверждения диагноза необходимо провести

- токсическую энцефалопатию
- эндогенное психическое заболевание
- нарушение ночного сна (при помощи полисомнографии)
- летаргический энцефалит

Дополнительная информация

Пациент прошел дообследование. Выполнены полисомнография и множественный тест латенции сна. Полисомнография

{nbsp}

Гипнограмма (график сна) пациента.

Заключение по результатам полисомнографии: Общее время сна находится в пределах нормальных значений (7-9 ч). Структура сна незначительно изменена за счет увеличения числа пробуждений (20 при норме до 10) и времени бодрствования в период сна (45 мин. при норме до 30 мин). Число эпизодов расстройств дыхания во сне в форме апноэ и гипопноэ обструктивного характера - не увеличено (Индекс дыхательных расстройств – 3,5 при норме до 5 эпиз./час).

Множественный тест латенции сна

{nbsp}

{nbsp}

Гипнограмма множественного теста латенции сна (МТЛС)

По данным МТЛС среднее время засыпания составило 0,7 мин (норма – больше 8 минут). В ходе теста зарегистрировано 5 эпизодов раннего (менее 15 мин) начала сна с фазы быстрого сна.

Дополнительными методами подтверждения диагноза при нарколепсии с катаплексией является

- определение суточной секреции мелатонина
- позитронно-эмиссионная томография с питтсбургской субстанцией
- исследование ЭЭГ после депривации сна
- определение гипокретина-1 в ликворе

Приступы катаплексии при наличии дневной сонливости характерны для

- идиопатической гиперсомнии
- нарколепсии II типа
- нарколепсии I типа
- синдрома Клейне-Левина

Ежедневный характер дневной сонливости, длящейся много лет, уже на этапе анализа симптомов позволяет исключить такую форму гиперсомнии как

- нарколепсию II типа
- синдром недостаточного сна
- гиперсомнию на фоне психического заболевания
- синдром Клейне-Левина

Из известных факторов риска развития нарколепсии I типа на первое место следует поставить

- мужской пол
- ОРВИ в анамнезе
- средний возраст
- прием противоэпилептических препаратов

Для предотвращения приступов мышечной слабости у этого пациента следует использовать

- поведенческую терапию
- антидепрессанты
- психостимуляторы
- атипичные нейролептики

Для уменьшения дневной сонливости у этого пациента (из доступных России методов и препаратов) следует применять

- транскраниальную магнитную стимуляцию
- когнитивно-поведенческую терапию
- запланированные засыпания
- симпатомиметические лекарственные препараты

Основным механизмом возникновения и развития нарколепсии в настоящее время признается

- нейродегенеративный
- ишемически-гипоксический
- инфекционный с неизвестным агентом
- аутоиммунный