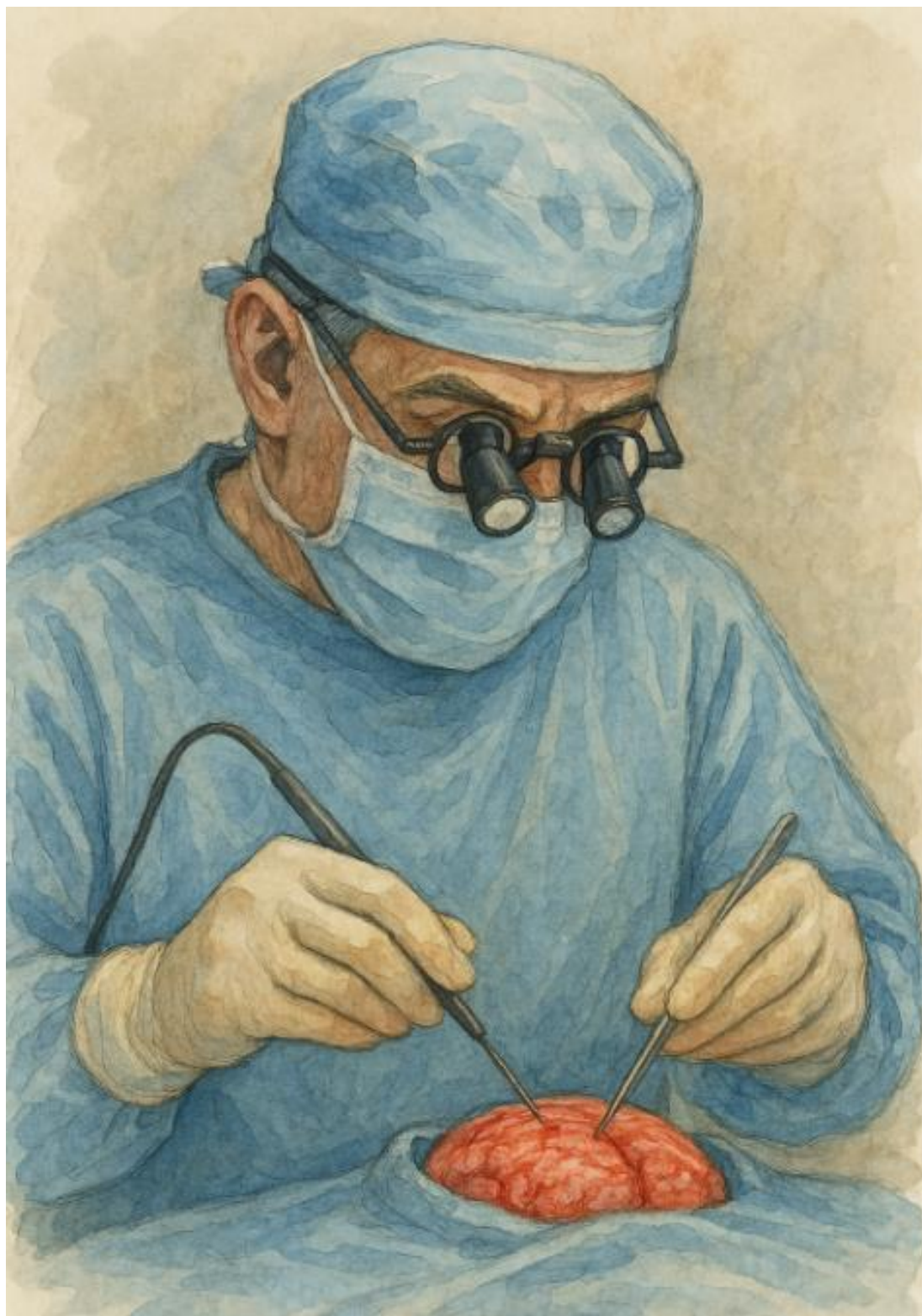


# Ситуационные задачи

## Нейрохирургия

[medkeys.ru/product/neirohirurg/](http://medkeys.ru/product/neirohirurg/)



## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 70 лет доставлена в приемный покой регионального сосудистого центра без сопровождения.

### Жалобы

На периодическую головную боль, головокружение, на нарушение речи, общую слабость, на онемение левой половины головы.

### Анамнез заболевания

Со слов больной заболела остро 18.10.16г. около 12:00 появились нарушения речи (больная не могла разговаривать), тремор лицевой мускулатуры справа. Бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в приемное отделение Регионального сосудистого центра.

### Анамнез жизни

Хронические и перенесенные заболевания: полиартрит; варикозная болезнь обеих нижних конечностей.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Перенесенные операции: аппендэктомия около 20 лет назад; флебэктомия вен правой ноги около 15 лет назад, левой ноги около 12 лет назад, удаление обоих яичников с трубами в 2012.

Постоянно принимает лекарственные препараты: детралекс, артро, кардиомагнил; энап при повышении артериального давления.

### Объективный статус

Status praesens: Общее состояние: средней тяжести, стабильное. Кожные покровы и видимые слизистые: обычной окраски, чистые. Органы дыхания: дыхание свободное, самостоятельное, ЧДД: 16-18 в 1 минуту. Аускультативно: Дыхание: везикулярное, проводится по всем отделам, хрипов нет.

Органы кровообращения: Область сердца: не изменена. Гемодинамика: стабильная. Тоны сердца: ясные, ритмичные. PS: 70 в 1 мин. АД: 140/90 мм рт. ст. Органы пищеварения: Живот: мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут, участвует в акте дыхания. Органы мочевого выделения: Физиологические отправления: отрицательный, физиологические отправления в норме.

Неврологический и психический статус: на момент осмотра: Уровень сознания: ясное, 15 баллов по Шкале ком Глазго Контактна. Критична. Адекватна.

Ориентирована. Когнитивные функции: Интеллектуально-мнестических расстройств нет. Лицевой нерв: Лицо асимметричное, за счет сглаженности правой носогубной складки. Менингеальные и общемозговые с-мы:

Менингеальный синдром: нет Общемозговые симптомы: головная боль,

головокружение системное. Черепно-мозговые нервы: Зрачки: OD=OS, средней величины. Движения глазных яблок в полном объеме, болезненны в крайних отведениях. Диплопии нет. Горизонтальный мелкоразмашистый нистагм. Фотореакция: живая. Нистагм: мелкоразмашистый, горизонтальный. Глазодвигательные нарушения: нет. Экзофтальм: нет. Птоз: нет. Диплопия: нет. Слух: сохранен. Глоточный рефлекс: сохранен. Положение головы и поднятие плеч: не нарушено. Язык: по средней линии. Двигательная сфера: Мышечный тонус: не изменен, D=S. Мышечная сила: Убедительных парезов и параличей нет; при пробе Баре хуже удерживает правые конечности. Координация движений: нет. Статическое равновесие: Пальце-носовую пробу выполняет с интенцией справа. При пробе Ромберга пошатывание. Чувствительная система: Нарушения чувствительности: нет. Сухожильные и периостальные рефлексy: в руках D=S, в ногах D=S. Патологические стопные знаки: нет. Симптомы натяжения: нет. Речь: моторная афазия. Простые инструкции: выполняет.

#### **К основным симптомам заболевания у данной пациентки относятся**

- жалобы на головокружение, тошноту, координаторные расстройства, острое начало
- сахарный диабет, отсутствие угнетения сознания, симметричность сухожильно-периостальных рефлексов
- симптомы орального автоматизма, наличие гипертонической болезни в анамнезе
- возраст старше 50 лет, высокое систолическое артериальное давление, эмоциональная лабильность

#### **Необходимыми методами обследования для постановки диагноза данной больной в данной ситуации являются**

- жалобы на головокружение, тошноту, координаторные расстройства, острое начало
- сахарный диабет, отсутствие угнетения сознания, симметричность сухожильно-периостальных рефлексов
- симптомы орального автоматизма, наличие гипертонической болезни в анамнезе
- возраст старше 50 лет, высокое систолическое артериальное давление, эмоциональная лабильность

#### **Результаты обследования**

#### **Предполагаемым основным диагнозом является**

**+ с признаками кровоизлияния от 18.10.16г.**

- жалобы на головокружение, тошноту, координаторные расстройства, острое начало
- сахарный диабет, отсутствие угнетения сознания, симметричность сухожильно-периостальных рефлексов
- симптомы орального автоматизма, наличие гипертонической болезни в анамнезе
- возраст старше 50 лет, высокое систолическое артериальное давление, эмоциональная лабильность

## **Диагноз**

### **Дифференциальная диагностика каверном проводится с**

- внутримозговыми опухолями, крупными и гигантскими аневризмами, тромбированными артериовенозными мальформациями
- артефактами от металлических предметов, внутримозговыми кровоизлияниями, паразитарными кистами
- послеоперационными изменениями, продолженным ростом опухоли, постлучевым некрозом
- абсцессами головного мозга, очагами ушиба, паразитарной инвазией, постинсультными кистами

### **Показаниями к оперативному лечению являются**

- каверномы с признаками компрессии ассоциативных волокон по данным МР-трактографии; +  
возраст больного менее 50 лет; +  
наличие сопутствующей генетической патологии, ассоциированной с дефектами соединительной ткани
- каверномы с признаками кровоизлияний или эпилептическими припадками, расположенные кортикально и субкартикально вне функционально значимых зон; +  
каверномы с признаками повторных кровоизлияний, расположенные в функционально значимых зонах
- множественные каверномы любой локализации; +  
размеры более 2,5 см для каверном, расположенных кортикально и субкартикально вне функционально значимых зон; +  
размеры более 1 см для каверном, расположенных в функционально значимых зонах
- каверномы любой локализации при наличии кровоизлияний; каверномы с наличием верифицированной венозной ангиомы; +  
наличие сопутствующей цереброваскулярной патологии; +  
наличие в анамнезе ОНМК по ишемическому типу на стороне каверномы

### **Противопоказаниями к операции являются**

- случаи, если после кровоизлияния прошло 28 дней вне зависимости от наличия неврологической симптоматики; + случаи, если регресс неврологической симптоматики через 14 дней после кровоизлияния оценивается пациентом как удовлетворительный
- бессимптомные каверномы при отсутствии признаков перенесенных кровоизлияний; + каверномы глубокой локализации после однократного кровоизлияния с полным регрессом неврологической симптоматики
- размеры каверном менее 2,5 см для каверном, расположенных кортикально и субкортикально вне функционально значимых зон; + размеры каверном менее 1 см для каверном, расположенных в функционально значимых зонах
- возраст пациента старше 60 лет из-за низкого риска кровоизлияния; + наличие сопутствующей соматической патологии; + острый период кровоизлияния

### **К показаниям к проведению радиохирургического лечения относят**

- особенности локализации каверномы (в диэнцефальной области, области зрительного бугра, ствола мозга)
- формирование мозгового рубца, приводящего к формированию резистентных эпилептических приступов
- признаки остаточной каверномы по данным МРТ через 6 месяцев после операции
- возраст больного старше 70 лет, отказ больного от оперативного вмешательства

### **Методом окончательного контроля радикальности удаления каверном в отдаленном послеоперационном периоде является**

- электроэнцефалография через 2-3 недели после операции
- церебральная ангиография через 3 месяца после операции
- КТ-перфузия головного мозга через 1 месяц после операции
- МРТ-контроль спустя 4-6 месяцев после операции

### **При удалении каверном сенсо-моторной коры необходимо проведение**

- интраоперационной стереотаксической навигации, интраоперационного УЗ-сканирования
- электростимуляции ядер ствола мозга с регистрацией М-ответов от соответствующих мышц лица и головы

- интраоперационной электрокортикографии для контроля степени иссечения перифокальной эпилептогенной зоны и для поиска отдаленных очагов; +  
эпилептической активности
- нейрофизиологического картирования с помощью электростимуляции с оценкой М-ответов

#### **При удалении глубинных и небольших каверном необходимо применение**

- интраоперационной электрокортикографии для контроля степени иссечения перифокальной эпилептогенной зоны и для поиска отдаленных очагов эпилептической активности
- интраоперационной стереотаксической навигации
- нейрофизиологического картирования с помощью электростимуляции с оценкой М-ответов
- электростимуляции ядер ствола мозга с регистрацией М-ответов от соответствующих мышц лица и головы

#### **МР-исследование необходимо рекомендовать кровным родственникам больного при**

- выявлении множественных каверном, а также при наличии кровных родственников с эпилептическими припадками, внутричерепным кровоизлиянием в анамнезе
- наличии у родственников нейрофиброматоза I типа, амилоидоза, сахарного диабета 1 типа, ренальной артериальной гипертензии, гломерулонефрита
- указании на наличие случаев «внезапной смерти» у родственников, злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы
- выявлении множественных каверном размерами более 1 см каждая с признаками кровоизлияния по меньшей мере 30% выявленных каверном по данным МРТ

#### **При удалении каверном ствола в ряде требуется проведение**

- выявлении множественных каверном, а также при наличии кровных родственников с эпилептическими припадками, внутричерепным кровоизлиянием в анамнезе
- наличии у родственников нейрофиброматоза I типа, амилоидоза, сахарного диабета 1 типа, ренальной артериальной гипертензии, гломерулонефрита

- указании на наличие случаев «внезапной смерти» у родственников, злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы
- выявлении множественных каверном размерами более 1 см каждая с признаками кровоизлияния по меньшей мере 30% выявленных каверном по данным МРТ

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Мужчина 65 лет направлен неврологом из поликлиники на консультацию к нейрохирургу для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.

### Жалобы

На головную боль, общую слабость, головокружение, снижение памяти.

### Анамнез заболевания

Считает себя больным на протяжении нескольких лет. В 2014 году перенес ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с полным восстановлением неврологического дефицита. Наблюдается у невролога

### Анамнез жизни

- \* гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имеет
- \* аллергических реакций нет

### Объективный статус

Status praesens: Общее состояние: удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые: физиологической окраски, без сыпи, зев не гиперемирован. Органы дыхания: ЧДД: 19 в 1 минуту. Аускультативно: Дыхание: жесткое. Органы кровообращения: Область сердца: не изменена. Гемодинамика: стабильная. Тоны сердца: приглушены, ритмичные. PS: 68 в 1 мин. АД: 140/80 мм рт. ст. Органы пищеварения: живот мягкий, безболезненный, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Органы мочевого выделения: Физиологические отправления: в норме. Неврологический и психический статус: на момент осмотра: Уровень сознания: в сознании, 15 баллов по Шкале ком Глазго, контактен, ориентирован, адекватен, критичен. Лицевой нерв: лицо симметрично. Менингеальные и общемозговые с-мы: Менингеальный синдром: нет. Общемозговые симптомы: головная боль. Черепно-мозговые нервы: Зрачки: D

= S. Фотореакция: сохранена. Нистагм: отсутствует. Глазодвигательные нарушения: нет. Экзофтальм: нет. Птоз: нет. Диплопия: нет. Слух: сохранен. Глоточный рефлекс: сохранен. Положение головы и поднятие плеч: не нарушено. Язык: по средней линии. Двигательная сфера: Мышечный тонус: не изменен. Мышечная сила: парезов, параличей нет. Координация движений: нет. Статическое равновесие: в позе Ромберга пошатывается. Чувствительная система: Нарушения чувствительности: нет. Патологические стопные знаки: нет. Симптомы натяжения: нет. Речь: не нарушена. Простые инструкции: выполняет.

#### **К лабораторному методу исследования у данного пациента относится**

- выявлении множественных каверном, а также при наличии кровных родственников с эпилептическими припадками, внутричерепным кровоизлиянием в анамнезе
- наличии у родственников нейрофиброматоза I типа, амилоидоза, сахарного диабета 1 типа, ренальной артериальной гипертензии, гломерулонефрита
- указании на наличие случаев «внезапной смерти» у родственников, злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы
- выявлении множественных каверном размерами более 1 см каждая с признаками кровоизлияния по меньшей мере 30% выявленных каверном по данным МРТ

#### **Результаты лабораторных методов исследования**

#### **Обязательными инструментальными методами исследования являются**

- выявлении множественных каверном, а также при наличии кровных родственников с эпилептическими припадками, внутричерепным кровоизлиянием в анамнезе
- наличии у родственников нейрофиброматоза I типа, амилоидоза, сахарного диабета 1 типа, ренальной артериальной гипертензии, гломерулонефрита
- указании на наличие случаев «внезапной смерти» у родственников, злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы
- выявлении множественных каверном размерами более 1 см каждая с признаками кровоизлияния по меньшей мере 30% выявленных каверном по данным МРТ

#### **Результаты инструментальных методов исследования**

#### **Предполагаемым основным диагнозом является**



- выявлении множественных каверном, а также при наличии кровных родственников с эпилептическими припадками, внутрочерепным кровоизлиянием в анамнезе
- наличии у родственников нейрофиброматоза I типа, амилоидоза, сахарного диабета 1 типа, ренальной артериальной гипертензии, гломерулонефрита
- указании на наличие случаев «внезапной смерти» у родственников, злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы
- выявлении множественных каверном размерами более 1 см каждая с признаками кровоизлияния по меньшей мере 30% выявленных каверном по данным МРТ

## **Диагноз**

### **Классификация степени сужения просвета магистральных артерий головного мозга включает в себя**

- гемодинамически незначимый стеноз (до 50%); выраженный стеноз (от 50% до 69%); субкритический стеноз (от 70% до 79%); критический стеноз (от 80% до 99%)
- нестенозирующий атеросклероз (до 25%); умеренно стенозирующий атеросклероз (от 25% до 75%); выражено стенозирующий атеросклероз (от 50% до 99%); окклюзия (нет просвета)
- нестенозирующий атеросклероз (до 25%); умеренно стенозирующий атеросклероз (от 25% до 50%); выражено стенозирующий атеросклероз (от 50% до 75%); субкритическая окклюзия (от 75% до 99%); критическая окклюзия (просвет сосуда не определяется)
- гемодинамически незначимый стеноз (до 30%); выраженный стеноз (от 30% до 59%); субкритический стеноз (от 60% до 89%); критический стеноз (от 90% до 99%)

### **Показаниями к хирургическому лечению являются**

- наличие атеросклеротической бляшки и увеличение толщины комплекса интима-медиа более 3 мм при наличии очаговой неврологической симптоматики; наличие атеросклеротической бляшки и увеличение толщины комплекса интима-медиа более 5 мм вне зависимости от наличия очаговой неврологической симптоматики; наличие атеросклеротической бляшки и увеличение толщины комплекса интима-медиа более 2 мм первого сегмента позвоночных артерий при наличии клинической симптоматики; любой вариант поражения подключичных артерий при развитии синдрома подключично-позвоночного обкрадывания, за исключением койлинга

- стеноз сонных артерий более 70% вне зависимости от наличия очаговой неврологической симптоматики; стеноз сонных артерий более 60% при наличии очаговой неврологической симптоматики; гемодинамически значимые стенозы первого сегмента позвоночных артерий при наличии клинической симптоматики (более 70%); гемодинамически значимые стенозы или окклюзии подключичных артерий при развитии синдрома подключично-позвоночного обкрадывания
- стеноз сонных артерий более 80% вне зависимости от наличия очаговой неврологической симптоматики; стеноз сонных артерий более 70% при наличии очаговой неврологической симптоматики; гемодинамически значимые стенозы первого сегмента позвоночных артерий при наличии клинической симптоматики (более 80%); гемодинамически значимые стенозы/окклюзии, извитости подключичных артерий при развитии синдрома подключично-позвоночного обкрадывания
- наличие атеросклеротической бляшки и увеличение толщины комплекса интима-медиа более 2 мм при наличии очаговой неврологической симптоматики; наличие атеросклеротической бляшки и увеличение толщины комплекса интима-медиа более 4 мм вне зависимости от наличия очаговой неврологической симптоматики; наличие атеросклеротической бляшки и увеличение толщины комплекса интима-медиа более 1,5 мм первого сегмента позвоночных артерий при наличии клинической симптоматики; любой вариант поражения подключичных артерий при развитии синдрома подключично-позвоночного обкрадывания

**Тактика ведения больных с синдромом подключично-позвоночного обкрадывания заключается в**

- СКТ-ангиографии ветвей дуги аорты, при выявлении стенозирующего процесса - ангиопластика и стентирование либо выполнение подключично/позвоночно-сонного шунтирования
- МРТ шейного отдела позвоночника с МР-ангиографией сосудов шеи, при подтверждении стенозирующего процесса выполнение подключично/позвоночно-сонного шунтирования
- проведении электронейромиографии верхних конечностей, МРТ плечевого сплетения для исключения его компрессии добавочным ребром, при выявленной патологии – декомпрессионная операция
- СКТ-ангиографии ветвей дуги аорты, при выявлении стенозирующего процесса с сужением просвета более 70% - ангиопластика и стентирование, менее 70% - выполнение подключично/позвоночно-сонного шунтирования

**Абсолютными показаниями к проведению локо-регионарной анестезии при выполнении реконструктивных вмешательств на сонных артериях являются**

- возраст больного старше 80 лет, сопутствующая декомпенсированная кардиальная патология, необходимость поддержания вербального контакта с пациентом
- короткая, толстая шея больного, признаки энцефалопатия (неадекватность, эмоциональная лабильность больного), наличие очаговой неврологической симптоматики (речевые расстройства, осложняющие контакт с больным)
- желание больного, низкий болевой порог, отсутствие эпилепсии в анамнезе, наличие церебральных аневризм или артериовенозных мальформаций
- возраст больного старше 70 лет, сопутствующая соматическая патология, отсутствие возможности проведения интраоперационного нейромониторинга

#### **Противопоказаниями к локо-регионарной анестезии являются**

- возраст больного старше 70 лет, сопутствующая соматическая патология, отсутствие возможности проведения интраоперационного нейромониторинга
- отказ пациента от выполнения оперативного вмешательства под локо-регионарной анестезией, коагулопатия, выраженная мышечная масса в области шеи, возраст больного не имеет значения
- операции на позвоночных артериях, короткая, толстая шея больного в сочетании с высокой бифуркацией общей сонной артерии, наличие очаговой неврологической симптоматики, детский возраст
- сопутствующая соматическая патология, пульмонэктомия в анамнезе, возраст больного более 60 лет, нарушения сердечного ритма, фракция выброса левого желудочка менее 45%

#### **Интраоперационный мультимодальный нейромониторинг, проводимый для оценки толерантности к временному пережатию внутренней сонной артерии, включает в себя**

- интраоперационную ангиографию с индоцианином зеленым, клиническую оценку состояния черепно-мозговых нервов с контралатеральной стороны пережатой внутренней сонной артерии
- транскраниальную ультразвуковую доплерографию с локацией кровотока в сегментах M1-M2 средней мозговой артерии на стороне операции, ЭЭГ, церебральную оксиметрию, оценку ретроградного кровотока из внутренней сонной артерии
- рентгенологический контроль, клиническую оценку состояния черепно-мозговых нервов со стороны пережатой внутренней сонной артерии, оценку функции глотания

- оценку неврологического статуса при локо-регионарной анестезии, электронейромиографию, оценку изменений коронарного кровотока по ЭКГ-монитору

#### **Показаниями для установки внутрисосудистого шунта являются**

- снижение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии на стороне операции при пережатии сонных артерий более, чем на 40% от исходного уровня; +  
снижение минимального значения линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии на стороне операции при пережатии артерий менее 50 см/сек; +  
снижение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии на 30-40% от исходного в сочетании с очаговой симптоматикой по ЭЭГ
- снижение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии на стороне операции при пережатии сонных артерий более, чем на 60% от исходного уровня; +  
снижение минимального значения линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии на стороне операции при пережатии артерий менее 30 см/сек; +  
снижение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии на 40-60% от исходного в сочетании с очаговой симптоматикой по ЭЭГ
- цианоз губ, падение артериального давления; +  
выполнение оперативного вмешательства с использованием локо-регионарной анестезией; +  
возраст больного более 60 лет; +  
стеноз оперируемой артерии более 75%; +  
передняя трифуркация ипсилатеральной внутренней сонной артерии
- нарушения сердечного ритма; +  
выполнение оперативного вмешательства с использованием локо-регионарной анестезией при наличии ОНМК в анамнезе; +  
возраст больного более 70 лет; +  
стеноз оперируемой артерии более 85%; +  
незамкнутый Виллизиев круг

#### **Патологические деформации магистральных артерий головного мозга делятся на**

- перекруты; дивертикулы; стенозы
- извитости; петли; перегибы
- воронкообразные; по типу песочных часов; четкообразные
- концентрические; эксцентрические;  
диаметральные

**Обязательными препаратами, назначаемыми всем пациентам в послеоперационном периоде, являются**

- перекруты; дивертикулы; стенозы
- извитости; петли; перегибы
- воронкообразные; по типу песочных часов; четкообразные
- концентрические; эксцентрические; диаметральные

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 65 лет обратилась к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На головные боли, ухудшение памяти, снижение силы в левых руке и ноге, ограничивающее движения и ходьбу.

### **Анамнез заболевания**

Примерно в течение полугода пациентка отмечает эпизоды головных болей, нарушение памяти на текущие события. Жалобы прогрессировали до настоящего времени, после чего присоединилась неловкость в правых конечностях и, трудности при ходьбе. Пациентка обследовалась в стационаре по месту жительства, проводилось КТ и МРТ исследование, получены данные за объемное образование правой лобно-теменной области, требуется хирургическое лечение. В настоящее время пациентка не ходит, транспортируется только на кресле.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания: ИБС, ПИКС, ИМ год назад, стентирование коронарных артерий, страдает постоянной формой фибрилляции предсердий;
- \* в настоящий момент ежедневно принимает препараты: Прадакса (Дабигатран), Тромбо-Асс (Аспирин), Конкор (Бисопролол), Эналаприл, Верошпирон, Омез (Омепразол);
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* в данный момент пенсионер;
- \* аллергических реакций не было;
- \* семейный анамнез не отягощен;

### **Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,8°C. В лёгких дыхание жесткое, выслушивается во всех отделах, хрипов нет.

ЧДД = 16/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС = 68 уд в мин, АД = 160/95 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

**Риск интраоперационного кровотечения и формирования послеоперационной внутримозговой гематомы повышается при приеме**

- бисопролола
- омепразола
- дабигатрана
- верошпирона

**Наиболее информативным для оценки функционального состояния системы гемостаза является**

- тромбоэластография
- тестирование функции тромбоцитов
- активированное частичное тромбопластиновое время
- оценка время кровотечения

**Удаление внутримозговой опухоли в зависимости от величины ассоциированного с ними риска кровотечений относится к операциям с + \_\_\_\_\_ + риском кровотечений**

- высоким
- низким
- максимальным
- умеренным

**Пациент получает антитромботическую терапию по прямым показаниям, отмена этих препаратов и прекращение их действия влечет за собой повышение риска развития тромботических осложнений, поэтому периоперационное ведение такого пациента идет с**

- началом приема Варфарина
- продолжением приема дабигатрана
- продолжением приема аспирина
- применением мост-терапии

**В данной клинической ситуации для проведения мост-терапии после отмены дабигатрана и аспирина следует**

- НМГ назначить после операции
- спустя 3 суток после отмены дабигатрана назначить НМГ

- начать инъекции НМГ через 7 дней
- на следующий день назначить НМГ

**Введение эноксапарина в данной клинической ситуации необходимо начать с**

- профилактической дозы однократно в сутки, через 3-4 часа после введения - контроль анти-Ха активности
- лечебной дозы три раза в сутки, контроль уровня гипокоагуляции не является необходимым, отмена проводится в день операции
- лечебной дозы один раз в сутки, контроль числа тромбоцитов
- профилактической дозы, контроль коагулограммы, общего анализа крови, отмена за два дня до операции

**В послеоперационном периоде целесообразно возобновить назначение НМГ**

- сразу после операции
- на третий день после операции
- спустя сутки после операции
- спустя двое суток после операции

**Пациентка возобновила прием аспирина, продолжается терапия НМГ, оценить действие ацетилсалициловой кислоты можно проведя**

- стандартное тромбоэластографическое исследование
- коллаген-эпинефриновый тест функции тромбоцитов
- тромбоэластографическое исследование с гепариназой
- исследование Анти-Ха активности плазмы

**После последней инъекция эноксапарина (8 часов назад) оценить сохранность системы гемостаза можно посредством**

- тромбоэластографии
- коллаген-эпинефринового теста функции тромбоцитов
- МНО
- уровня Д-димера

**При полученных результатах теста агрегации тромбоцитов, значительно превышающих референсные значения, и прогрессивном неврологическом ухудшении данного пациента принято решение произвести хирургическое вмешательство в экстренном порядке, в данной клинической ситуации необходимо особое внимание обратить на возможность получить из отделения переливания крови**

- свежезамороженную плазму

- тромбоконтрат
- криопреципитат
- эритроцитарную массу

### **Нейтрализовать действие НМГ может помочь**

- варфарин
- концентрат тромбоцитов
- протамина сульфат
- идаруцизумаб

### **При неэффективности протамина для нормализации активности системы гемостаза можно рекомендовать к использованию**

- варфарин
- концентрат тромбоцитов
- протамина сульфат
- идаруцизумаб

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 61 лет обратилась к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

Жалобы на потерю слуха, головную боль, головокружение, периодическую тошноту.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение года, когда начала отмечать снижение слуха. Затем присоединились головокружение и головные боли. Обратилась за помощью к неврологу по месту жительства, было выполнено КТ головного мозга. По данным КТ – опухоль правого мосто-мозжечкового угла, вероятно, невринома слухового нерва.

Вскоре после этого присоединилась тошнота и сильная головная боль.

Рекомендовано хирургическое лечение.

### **Анамнез жизни**

- \* в течение всей жизни отмечает склонность к полноте
- \* в последние два года ведет малоподвижный образ жизни, в основном, лежит в кровати, спит с приподнятым головным концом
- \* отмечает периодические боли за грудиной, купирующиеся самостоятельно
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет



- \* в данный момент не работает
- \* аллергических реакций не было

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое. Сидит в кровати, способна стоять только с поддержкой. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Пастозность ног. Температура тела 36,8°C. В лёгких дыхание жесткое, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД = 16/мин. При попытке встать или принять полностью горизонтальное положение на кровати жалуется на затруднения дыхания. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС = 62 уд в мин, АД = 140/90 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Масса тела 172 кг. Рост 180 см.

### **Невролог по месту жительства направил пациентку на КТ, данное решение могло быть связано с**

- подозрением на наличие хронической субдуральной гематомы
- дешевой КТ по отношению к МРТ, которое при этом не уступает по информативности
- наличием указанных жалоб, которые являются показанием к КТ
- невозможностью проведения МРТ-исследования

### **Степень ожирения определяет**

- толщина абдоминальной складки
- окружность живота
- концентрация холестерина в крови
- индекс массы тела

### **Степень ожирения пациентки соответствует**

- II
- I
- IV
- III

### **Большим периоперационным риском характеризуется**

**+ тип ожирения**

- грудной
- бедренно-ягодичный
- абдоминальный
- любой

**Пациенты с морбидным ожирением характеризуются высоким риском периоперационных кардиальных осложнений. В большей степени функциональное состояние сердечной мышцы отображает**

- тредмил-тест
- эхокардиография
- ЭКГ
- уровень тропонина-I в крови

**Пациенты с морбидным ожирением характеризуются высоким риском тромбоза вен нижних конечностей, для оценки риска в предоперационном периоде целесообразно выполнить**

- коагулограмму
- тест на уровень D-димера в крови
- УЗИ вен нижних конечностей
- тромбоэластографию

**Предоперационный осмотр и обследование не выявило грубого отклонения от нормы по показателям ЭхоКГ, ОАК, биохимического анализа крови, УЗИ показало отсутствие тромбоза в венах нижних конечностей, пациентка поступила в операционную для удаления невриномы слухового нерва, для уменьшения риска периоперационных осложнений, операцию следует проводить**

- сидя
- в литотомическом положении
- лежа
- в любом положении, выбор положения не влияет на риск периоперационных осложнений

**Проведение индукции анестезии у пациента с морбидным ожирением сопряжено с повышенным риском, при проведении индукции у этой категории пациентов следует особое внимание обратить на**

- опасность трудной интубации
- снижение чувствительности к средствам для анестезии
- склонность к гипертензии при ларингоскопии
- относительную гиповолемию

**Операция прошла без осложнений, непосредственно после окончания вмешательства требует повышенного внимания**

- замедленное пробуждение

- поддержание стабильности гемодинамики
- остаточный нейромышечный блок
- предупреждение послеоперационной боли

**Оптимальным методом контроля остаточного нейромышечного блока считается**

- TOF-стимуляция
- оценка уровня сопротивления пациента аппарату ИВЛ
- оценка уровня мышечной силы
- спирометрия

**Оптимальным подходом для устранения остаточного нейромышечного блока считается**

- применение комбинации атропина и ингибиторов холинэстеразы (например, прозерина)
- применение только ингибиторов холинэстеразы (например, прозерина)
- использование сугаммадекса, при условии, что миорелаксация обеспечивалась аминостероидными препаратами
- ожидание окончания действия миорелаксантов в условиях пролонгирования седации

**Общая тактика ведения послеоперационного периода у данного пациента, направленная на профилактику послеоперационных осложнений, предусматривает**

- применение комбинации атропина и ингибиторов холинэстеразы (например, прозерина)
- применение только ингибиторов холинэстеразы (например, прозерина)
- использование сугаммадекса, при условии, что миорелаксация обеспечивалась аминостероидными препаратами
- ожидание окончания действия миорелаксантов в условиях пролонгирования седации

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 47 лет обратился к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

Жалобы на головную боль, обмороки.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение года, когда в связи с приступами головной боли и эпизодом потери сознания самостоятельно решил пройти обследование и выполнить МРТ. По данным МРТ – опухоль в левой лобно-височной области. Для проведения оперативного лечения был направлен в профильную клинику.

### **Анамнез жизни**

- \* курит по пачке сигарет в неделю, алкоголем не злоупотребляет
- \* работает инженером
- \* аллергий нет
- \* паховая грыжа в детстве

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Повышенного питания, ИМТ 30 кг/м<sup>2</sup>.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,8°C. В лёгких дыхание жесткое, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД = 16/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС = 62 уд в мин, АД = 130/90 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Гипертоническая болезнь 2 ст. 2 ст., принимает ловастатин и эналаприл.

### **Учитывая локализацию опухоли, вблизи к зоне резекции опухоли наиболее вероятно могут оказаться**

- слуховые зоны
- дополнительные моторные зоны
- речевые зоны
- зрительные зоны

### **Для объективного уточнения локализации речевых зон мозга на дооперационном этапе можно провести**

- ПЭТ с метионином
- дихотомическое прослушивание
- функциональную МРТ
- электроэнцефалографическое исследование

### **Функциональная МРТ показала плотное прилегание моторной зоны речи к опухоли, следует предпочесть**

- проведение краниотомии в сознании
- отказ от проведения операции и ограничиться лучевым лечением
- парциальное удаление опухоли, избегая манипуляций вблизи выявленных на ф-МРТ зон

- тотальное удаление опухоли, несмотря на возможный неврологический дефицит в послеоперационном периоде

**Относительным противопоказанием к проведению краниотомии в сознании можно расценивать**

- наличие языкового барьера
- несогласие пациента с выбранной тактикой лечения
- детский возраст
- изначальные выраженные речевые нарушения у пациента

**Больной доставлен в операционную, основой тактики интраоперационной аналгезии пациента является**

- регионарная анестезия скальпа
- применение высоких доз опиоидов
- комбинация опиоидов, НПВС и парацетамола
- применение высоких доз седативных препаратов

**Регионарная анестезия скальпа выполняется путем инъекции анестетика в точках выхода + + нервов**

- малого затылочного, большого затылочного, лицевого, орбитального, скулово-височного, ушно-височного
- супраорбитального, супратрохлеарного, ушно-височного, скулово-височного, малого и большого затылочных
- супраорбитального, височного, скулового, буккального, малого затылочного, большого затылочного
- верхнечелюстного, нижнечелюстного, супраорбитального, ушного, скулово-височного

**При недостаточной эффективности регионарной анестезии обезболивание может быть усилено за счет вспомогательных средств, с этой целью следует ограничить использование**

- кеторолака
- лорноксикама
- ацетаминофена
- фентанила

**Наиболее популярным подходом к проведению первого этапа операции (до картирования) является глубокая седация пациента с протекцией дыхательных путей с помощью ларингеальной маски, для поддержания седации в рамках этой схемы оптимален**

- пропофол
- севофлуран
- мидазолам
- тиопентал

**Альтернативной схемой обеспечения седации на начальном этапе краниотомии в сознании является поверхностная седация без протекции дыхательных путей, оптимальным для реализации этой схемы является**

- пропофол
- ксенон
- мидазолам
- дексмедетомидин

**Начальный этап операции прошел без осложнений, пациент успешно справился с программой тестирования речевых зон коры, зоны успешно выявлены и отмечены, дальнейшая тактика заключается в**

- продолжении поддержания речевого контакта с пациентом на этапе удаления опухоли
- переходе к умеренной седации без протекции дыхательных путей для обеспечения комфорта для пациента
- переходе к общей анестезии до конца операции
- удалении опухоли в условиях седации и повторном пробуждении пациента на этапе гемостаза

**Во время стимуляции подкорковых структур у пациента произошел судорожный припадок, который продолжился после прекращения стимуляции, пациент перестал отвечать на вопросы, хотя сохранил самостоятельное дыхание, необходимо**

- ввести болюс бензодиазепинов
- провести интубация трахеи для защиты дыхательных путей
- провести ирригацию коры холодным физиологическим раствором
- ввести болюс пропофола 50 мг внутривенно

**Краниотомия в сознании не всегда гарантирует сохранность речевой функции, после проведения операции лидирующим фактором в реализации негативного исхода лечения является**

- ввести болюс бензодиазепинов
- провести интубация трахеи для защиты дыхательных путей
- провести ирригацию коры холодным физиологическим раствором
- ввести болюс пропофола 50 мг внутривенно

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная Г., 48 лет, обратилась в многопрофильную клинику по настоянию родственников.

### Жалобы

Самостоятельно жалоб не предъявляет. Обратилась по настоянию родственников в связи с изменениями в поведении, неопрятностью. При расспросе отмечает головные боли и снижение зрения, неуверенность при ходьбе, пошатывание.

### Анамнез заболевания

В течение 4-5 лет снижено обоняние. В течение последнего года родственники стали замечать прогрессирующую неадекватность в поведении пациентки: дурашливость, забывчивость, снижение критики, неопрятность. В последнее время стала заметно менее активной, стала жаловаться на головные боли и снижение зрения. Нарушилась походка, выросла неустойчивость. В течение полугода было 3 приступа с потерей сознания и судорогами в конечностях.

### Анамнез жизни

- \* страдает гипертонической болезнью 2 ст.
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имела
- \* аллергических реакций не было
- \* имеет двоих взрослых детей

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 60 кг. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 140/90 мм, ЧСС 82 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в границах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание периодически не контролирует.

Неврологический статус: дезориентирована в месте и времени, личную ситуацию недооценивает. Менингеальных знаков нет. Левосторонняя аносмия, гипоосмия справа. Зрачки равны, прямая и содружественная фотореакции ослаблены, зрение снижено до счета пальцев с обеих сторон. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Чувствительность на лице сохранена. Мимика не нарушена. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии.

Парезов конечностей нет. Тонус мышц не нарушен. Глубокие и периостальные рефлексы оживлены без асимметрии. Патологических знаков нет. Экстрапирамидных нарушений нет. Статодинамическая атаксия. Речь сохранена. Критика снижена, вопросов о предстоящем лечении не задает, своим состоянием не обеспокоена. За собой не ухаживает, неопрятна. Мочу периодически не удерживает.

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- ввести болюс бензодиазепинов
- провести интубация трахеи для защиты дыхательных путей
- провести ирригацию коры холодным физиологическим раствором
- ввести болюс пропофола 50 мг внутривенно

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Выявленные зрительные нарушения могут быть связаны с развитием застойных дисков зрительных нервов и**

- ввести болюс бензодиазепинов
- провести интубация трахеи для защиты дыхательных путей
- провести ирригацию коры холодным физиологическим раствором
- ввести болюс пропофола 50 мг внутривенно

**Результаты обследования**

**Нарушение обоняния в этом наблюдении является признаком поражения**

- вторичных обонятельных структур
- височной доли
- обонятельных трактов
- обонятельных нервов

**Приступы с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в этой ситуации следует рассматривать как**

- криптогенную эпилепсию
- синкопальные состояния
- проявления структурной эпилепсии
- идиопатическую эпилепсию

**Выявленное новообразование по клинико-рентгенологическим данным, является**



- шванномой
- менингиомой
- аденомой гипофиза
- олигоastroцитомой

**Основным заболеванием является**

- шванномой
- менингиомой
- аденомой гипофиза
- олигоastroцитомой

**Диагноз**

**Оценка риска по шкале Карновского составляет**

- 70
- 30
- 50
- 90

**Внутричерепная гипертензия у данной пациентки проявляется**

- нарушением координации
- нарушением поведения
- застойными дисками зрительных нервов
- приступами с потерей сознания

**До хирургического вмешательства следует назначить**

- противоотечную терапию
- мочегонные препараты
- нейрометаболические препараты
- вазоактивные препараты

**В данной ситуации следует выбрать**

- стереотаксическую лучевую терапию
- радиохирургическое лечение
- хирургическое лечение
- наблюдение

**О высоком риске хирургического вмешательства свидетельствует показатель индекса Карновского**

- менее 90
- менее 70
- менее 80
- более 80

### **После выписки, пациентке следует принимать**

- менее 90
- менее 70
- менее 80
- более 80

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной П., 65 лет, поступил в приемное отделение многопрофильного стационара, доставлен бригадой скорой помощи.

### **Жалобы**

Жалобы на слабость в левых конечностях, больше выраженную в ноге, головную боль, одышку.

### **Анамнез заболевания**

С 2002 года состоит на амбулаторном учете со стенозом митрального клапана и развившейся на этом фоне сердечной недостаточности. Последние два дня чувствовал боли в области сердца, одышку при незначительной физической нагрузке, ощущение сердцебиения, слабость. На этом фоне остро развилась слабость в левых конечностях, грубее в ноге, был госпитализирован.

### **Анамнез жизни**

- \* страдает стенозом митрального клапана, ХСН. ГБ 3 ст.
- \* курит, алкоголем не злоупотребляет.
- \* работал шахтером.
- \* аллергических реакций не было.
- \* имеет троих взрослых детей.

### **Объективный статус**

Общее состояние средней тяжести. Рост 167 см, вес 65 кг. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые бледной окраски, цианоз дистальных отделов конечностей. Дыхание в легких жесткое, ЧДД 25 в мин. АД 170/110 мм, ЧСС 95 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм не правильный. Выслушивается диастолический шум. Перкуторные границы печени в границах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания

участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание контролирует.

Неврологический статус: Дезориентирован в месте и времени. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Зрачки равны, прямая и содружественная фотореакции в норме, предметное зрение сохранена. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Чувствительность на лице сохранена. Парез мимической мускулатуры слева по центральному типу. Глотание и фонация не нарушены, язык при высовывании отклоняется влево

Парез левой стопы 2 балла, в проксимальных отделах ноги 4 балла, в левой руке сила достачная. В правых конечностях движения не нарушены. Тонус мышц повышен в левой ноге, клонус левой стопы. Глубокие и периостальные рефлексы оживлены без асимметрии. Симптом Бабинского ({{plus}}) слева. В позе Ромберга не стоит.

Экстрапирамидных нарушений нет. Речь сохранена.

#### **Пациенту необходимо выполнить следующие лабораторные исследования**

- менее 90
- менее 70
- менее 80
- более 80

#### **Результаты лабораторных исследований**

#### **К необходимым инструментальным методам исследования в данной ситуации относятся**

- менее 90
- менее 70
- менее 80
- более 80

#### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Зона инфаркта мозга начинает визуализироваться на КТ через**

- 10-14 часов после начала заболевания
- 48 часов после начала заболевания
- 1-2 часа после начала заболевания
- 24 часа после начала заболевания

#### **Больному для ранней визуализации возможного ишемического очага можно провести**

- МР-АГ
- СКТ-АГ
- МРТ головного мозга
- цистернографию

### **При МРТ выявлен ишемический очаг в области лобной доли парасагиттально справа, НМК произошло в бассейне**

- правой средней мозговой артерии
- правой внутренней сонной артерии
- правой передней мозговой артерии
- левой задней мозговой артерии

### **Появление гемипареза, больше выраженного в ноге, вызвано поражением**

- верхних отделов прецентральной извилины
- средней лобной извилины
- верхних отделов постцентральной извилины
- нижние отделы прецентральной извилины

### **При окклюзии ПМА развивается моторный дефицит**

- максимально выраженный в проксимальных отделах ноги
- в стопе и всей нижней конечности и менее выраженный парез руки с обширным поражением лица и языка
- в руке и менее выраженный – в ноге
- в стопе и всей нижней конечности и менее выраженный парез руки без выраженного поражения лица и языка

### **У данного пациента ( по критериям TOAST) инсульт**

- кардиоэмболический
- лакунарный
- атеротромботический
- неизвестной этиологии

### **Что послужило источником эмболии**

- тромбоемболия легочной артерии
- АСБ сонной артерии
- кардиоэмболия на фоне мерцательной аритмии
- тромбоз вен нижних конечностей

### **Пациенту необходима консультация**

- ревматолога
- сосудистого хирурга
- офтальмолога
- кардиолога, для коррекции нарушений ритма

### **Эндоваскулярные вмешательства в данной ситуации**

- зависят от решения больного
- зависят от решения родственников
- не показаны
- показаны

### **В острейшем периоде не показаны к применению**

- зависят от решения больного
- зависят от решения родственников
- не показаны
- показаны

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной П., 50 лет, обратился в многопрофильную клинику к неврологу

### **Жалобы**

На интенсивную, «жгучую» боль в левой глазнице, опущение левого верхнего века, двоение в глазах при пассивном приподнимании века, покраснение и слезоточивость левого глаза.

### **Анамнез заболевания**

10 дней назад после переохлаждения поднялась температура, появился насморк, сухой кашель. Обратился к врачу по месту жительства, где был выставлен диагноз ОРВИ и назначена терапия: ингавирин 60 мг 1 раз в день, парацетамол 0,5 г 2 раза в день. На фоне проведенного лечения состояние здоровья пациента временно нормализовалось. 2 дня назад почувствовал ухудшение: появилась выраженная головная боль, особенно выраженная в области левой глазницы, двоение в глазах, слезотечение. На следующий день – интенсивные боли при движении левым глазным яблоком, опустилось левое верхнее веко.

### **Анамнез жизни**

- \* страдает гипертонической болезнью 2 ст.
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет

- \* профессиональных вредностей не имеет
- \* аллергических реакций не было
- \* имеет двоих взрослых детей

### **Объективный статус**

Общее состояние - средней тяжести. Рост 174 см, вес 70 кг. ИМТ=23,1. Костно-мышечная система – без патологии. Кожные покровы обычной окраски.

Конъюнктив левого глаза инъецирована. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 80 уд. в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Живот симметричный, безболезненный во всех отделах, мягкий, в акте дыхания участвует.

Перкуторные границы печени в пределах нормы, нижний край печени - по краю реберной дуги, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочеиспускание не нарушено.

Неврологический статус:

Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Менингеальных знаков нет. Обоняние не нарушено. Левосторонний птоз, левосторонняя офтальмоплегия. Левосторонний экзофтальм легкой степени. Чувствительность на лице: выраженная болезненность при пальпации и гипестезия в точке выхода первой ветви левого тройничного нерва. Мимические мышцы сокращаются симметрично. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии.

Парезов конечностей нет. Тонус мышц не нарушен. Глубокие и периостальные рефлексы живые без асимметрии. Патологических знаков нет.

Экстрапирамидных нарушений нет. В позе Ромберга устойчив. Речь сохранена.

### **В данной ситуации возможно проведение следующих лабораторных методов исследования**

- зависят от решения больного
- зависят от решения родственников
- не показаны
- показаны

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **К необходимым инструментальным методам исследования в данной ситуации относятся**

- зависят от решения больного
- зависят от решения родственников
- не показаны
- показаны

## **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Патогенез данного заблевания чаще всего связан с**

- опухолевым сдавлением зрительного нерва
- аутоимунным гранулематозным воспалительным процессом наружной стенки кавернозного синуса
- экстракавернозным полиартериитом
- демиелинизацией зрительных волокон

### **Неврологическая симптоматика заболевания связана с поражением**

- зрительного, отводящего и блокового нервов
- второй ветви тройничного нерва, отводящего и добавочного нервов
- зрительного, блокового и лицевого нервов
- первой ветви тройничного нерва, глазодвигательного, отводящего и блокового нервов

### **Анатомическим образованием, связывающим первую ветвь тройничного нерва, глазодвигательный, отводящий и блоковый нервы является**

- верхняя глазничная щель
- нижняя глазничная щель
- сосцевидная пещера
- зрительный канал

### **Болевой синдром при СТХ обусловлен**

- раздражением лицевого нерва
- раздражением N.maxillaris
- перерастяжением мягких тканей периорбитальным отеком
- раздражением N.opthalmicus

### **Дифференциальную диагностику необходимо провести с**

- демиелинизирующей полиневропатией Гийена-Барре
- рассеянным склерозом
- гранулематозом Вегенера
- опухолью задней черепной ямки

### **Наиболее характерной локализацией боли при имеющейся у пациента патологии является**

- область лба
- орбита

- параназальная область
- височная область

#### **Основу лечения заболевания составляет**

- иммуносупрессивная терапия
- антибактериальная терапия
- хирургическое вмешательство
- немедикаментозная терапия

#### **Для медикаментозного лечения СТХ чаще применяются**

- противовирусные препараты
- антибактериальные препараты
- глюкокортикостероиды
- иммуностимуляторы

#### **К нежелательным быстроразвивающимся неблагоприятным реакциям глюкокортикостероидов относят**

- истончение и легкую ранимость кожи
- снижение толерантности к глюкозе
- дистрофические изменения миокарда
- субкапсулярную заднюю катаракту

#### **Рациональная схема приема глюкокортикостероидов включает прием**

- истончение и легкую ранимость кожи
- снижение толерантности к глюкозе
- дистрофические изменения миокарда
- субкапсулярную заднюю катаракту

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Г., 78 лет, обратилась к неврологу в поликлинику

### **Жалобы**

На боли в правой лобно-орбитальной области жгучего характера, практически постоянные, усиливающиеся при прикосновении, причёсывании

### **Анамнез заболевания**

Около полугода назад перенесла опоясывающий лишай, высыпания и болевой синдром локализовались в правой лобно-височно-орбитальной области. В



острый период заболевания при иммунологическом исследовании выявлялись антитела класса М и класса G к вирусу герпеса, на коже лба отмечалось появление характерной везикулёзной сыпи, беспокоили боли различного характера: тупые, жгучие, иногда как удары током, иногда возникающие при прикосновении. В дальнейшем на месте высыпаний образовались пигментации, болевой синдром сохранился и стал существенно более выраженным в течение месяца, анальгетики малоэффективны.

### **Анамнез жизни**

- \* страдает гипертонической болезнью 2 ст.
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имела
- \* аллергических реакций не было
- \* имеет двоих взрослых детей

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 60 кг. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 140/90 мм, ЧСС 82 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в границах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание контролирует.

Неврологический статус: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована правильно. Умеренные когнитивные нарушения.

Менингеальных знаков нет. Обоняние не нарушено. Зрачки равны, прямая и содружественная реакции на свет сохранены, зрение не нарушено. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Гиперестезия в зоне первой ветви правого тройничного нерва, немногочисленные мелкие зоны пигментации в зоне иннервации верхней ветви тройничного нерва. Мимика не нарушена. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии. Парезов конечностей нет. Тонус мышц не нарушен. Глубокие и периостальные рефлексy умеренные, без асимметрии. Патологических знаков нет. Координация не нарушена.

### **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- истончение и легкую ранимость кожи
- снижение толерантности к глюкозе
- дистрофические изменения миокарда
- субкапсулярную заднюю катаракту

## **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предварительным диагнозом будет**

- истончение и легкую ранимость кожи
- снижение толерантности к глюкозе
- дистрофические изменения миокарда
- субкапсулярную заднюю катаракту

## **Диагноз**

### **Постгерпетические боли чаще возникают у пациентов**

- 20-30 лет
- 40-50 лет
- старше 60 лет
- 30-40 лет

### **Болевой синдром обусловлен**

- вазоневральным конфликтом на основании мозга
- патологической корковой активностью центральных отделов постцентральной извилины
- частыми депрессивными проявлениями у этой группы больных
- воспалительными изменениями тройничного нерва (ведущие патофизиологические механизмы — эктопическая активность, экспрессия натриевых каналов на мембранах нервных клеток, а также центральная сенситизация)

### **При постгерпетической невралгии, чаще и чем это обусловлено, встречается поражение**

- II ветви тройничного нерва, что обусловлено близостью околоносовой пазухи
- III ветви тройничного нерва, что обусловлено её смешанным строением (чувствительные и двигательные волокна)
- IV ветви тройничного нерва, что обусловлено тропностью вируса герпеса
- I ветви тройничного нерва, что обусловлено наименьшей миелинизацией глазного нерва по сравнению со II и III ветвью

### **Для постгерпетической невралгии не характерна**

- аллодиническая (острая, поверхностная, жгучая, обычно возникающая при легком прикосновении) боль
- боль в орбите со слезотечением, заложенностью носа, ринореей

- спонтанная, периодическая, колющая или стреляющая («удар током») боль
- постоянная, глубокая, тупая, давящая или жгучая боль

#### **У большинства пациентов боль регистрируется**

- в течение полугода
- в течение 3-х месяцев
- длится более 2-х лет
- в течение года

#### **У пациентов с постгерпетической невралгией могут развиваться**

- парез мимической мускулатуры
- аффективные расстройства в виде тревожности, депрессии, а также нарушения социальной активности, сна, аппетита
- симптоматическая эпилепсия
- атрофия жевательной мускулатуры

#### **В плане предотвращения развития постгерпетической невралгии важную роль при лечении герпеса играет своевременное назначение**

- ацикловира, фамцикловира, валацикловира
- нестероидные противовоспалительные препараты
- бензодиазепинов
- антиконвульсантов

#### **Для симптоматической терапии боли при постгерпетической невралгии не используются**

- антиконвульсанты
- нестероидные противовоспалительные препараты
- местные анестетики
- антидепрессанты

#### **При лечении постгерпетической невралгии чаще всего используется**

- диклофенак
- карбамазепин
- целекоксиб
- амитриптилин

#### **Для лечения болевого синдрома при постгерпетической невралгии показали свою эффективность такие препараты местного действия как**

- диклофенак
- карбамазепин
- целекоксиб
- amitriptilin

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная А., 44 лет, обратилась к неврологу поликлиники по месту жительства.

### Жалобы

На периодические резкие боли колюще-стреляющего характера, «как удары током» в области правой щеки, верхней и нижней челюсти справа. Боли провоцируются приемом горячей пищи, чисткой зубов, ветром, разговором.

### Анамнез заболевания

Впервые подобные приступы возникли около 5 лет назад, боли были менее интенсивными, период приступов регрессировал в течение 2-х недель. Настоящее ухудшение в течение полугода. Выраженность болевого синдрома выросла до 8-9 баллов по ВАШ. Приступы чаще возникают при разговоре, прикосновении в области носогубного треугольника справа, при чистке зубов, носят нестерпимый характер. Продолжительность одного приступа 15-20 сек, частота возникновения – 5-10 раз в час. Для лечения самостоятельно использовала диклофенак в таблетках по 100 мг во время приступа, однако положительного эффекта не отметила. В дальнейшем использовала карбамазепин с положительным эффектом, однако в последнее время эффективность препарата снизилась, принимает до 1200 мг карбамазепина в сутки. Отмечает выраженные побочные эффекты: вялость, сонливость, однако снижение дозы препарата приводит к усилению болей, не может принимать пищу.

Обследована по месту жительства, патологии в клиническом анализе крови и мочи не выявлено, при биохимическом исследовании выявлено умеренное повышение уровня печеночных ферментов.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование высшее. Работает по специальности экономистом. Профессиональные вредности, хронические соматические и инфекционные заболевания отрицает. В связи с выраженным болевым синдромом и побочными эффектами приема карбамазепина (вялость, пошатывание) не ходит на работу.

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы физиологического цвета. Температура тела - 36,5°C. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/85 мм рт. ст. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурических явлений нет.

Неврологический статус. Сознание ясное, ориентирована полностью. Речевых нарушений нет. Менингеальных симптомов не выявлено. Функция черепных нервов сохранена. Чувствительность на лице не нарушена. Во время беседы возникает приступ боли, больная замирает, на лице гримаса боли, состояние нормализуется через несколько секунд. При попытке прикосновения к носогубному треугольнику также возникает приступ боли. Лицо симметрично, однако при разговоре щадит правую половину лица. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Глотание, фонация без особенностей. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный, сила в конечностях достаточная, сухожильные рефлексы живые, S=D. Патологических пирамидных знаков нет. В позе Ромберга устойчива, координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительных расстройств в теле и конечностях не выявлено.

## **С учетом выявленной симптоматики пациентке в первую очередь необходимо пройти**

- диклофенак
- карбамазепин
- целекоксиб
- amitriptilin

## **Результаты обследования**

### **На основании клинико-инструментальных данных у пациентки наиболее вероятным диагнозом будет**

- диклофенак
- карбамазепин
- целекоксиб
- amitriptilin

## **Диагноз**

### **Пациентка испытывает боль, которая характеризуется как**

- фантомная

- каузалгическая
- ноцицептивная
- нейропатическая

#### **Для первичной тригеминальной невралгии характерно**

- нарушение слуха
- нарушение функции жевательной мускулатуры
- отсутствие неврологических выпадений
- нарушение функции мимической мускулатуры

#### **Для лечения тригеминальной невралгии используют**

- трамадол 100 мг в сутки
- НПВС с низким ulcerогенным эффектом (мелоксикам 15 мг в сутки)
- карбамазепин 600-1000 мг в сутки
- диклофенак до 300 мг в сутки

#### **Больной следует предложить**

- микроваскулярную декомпрессию (МВД)
- коррекцию дозы карбамазепина
- алкоголизация II и III ветвей тройничного нерва справа
- корковую стимуляцию

#### **Чрескожная тригеминальная ризотомия для данной пациентки**

- показана как метод выбора при неэффективности медикаментозного лечения
- показана в случае появления боли на контрлатеральной половине лица
- показана в качестве обязательного второго этапа после микроваскулярной декомпрессии
- не показана

#### **Для микроваскулярной декомпрессии используется**

- птериональная краниотомия
- подзатылочная краниотомия
- краниотомия каменной части пирамиды
- трансоральный доступ

#### **В качестве протектора между нервом и сосудом при МВД можно использовать**

- поливинилхлоридную пленку

- карбамидоформальдегидную смолу
- муфту из амальгамы серебра
- тефлоновую вату

**После удачной МВД, в течение 5 лет вероятность рецидива боли составляет**

**+            +%**

- 50
- 25
- 5
- 15

**При внезапном повышении АД, изменении типа дыхания, нарушения реакции зрачков и снижении уровня сознания после проведенной МВД показана**

- вентрикулярная пункция
- наложение вентрикуло-аурикулярного шунта
- реинтубация
- полный покой вдали от источников яркого света и звука

**При радиохирургическом стереотаксическом лечении тригеминальной невралгии дозу подводят в область**

- вентрикулярная пункция
- наложение вентрикуло-аурикулярного шунта
- реинтубация
- полный покой вдали от источников яркого света и звука

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

70-летняя женщина доставлена бригадой скорой медицинской помощи в отделение реанимации.

### **Жалобы**

На прогрессирующую слабость в руках и ногах, невозможность ходить, одышку.

### **Анамнез заболевания**

Заболела около двух недель назад с появления боли в области живота и диареи. Позже, примерно за восемь дней до настоящего обращения, присоединились и стали прогрессировать слабость в руках и ногах, покалывание в ногах и кончиках пальцев рук, несколько раз падала. В течение

последних четырех дней пациентка не может ходить. Была госпитализирована каретой «скорой помощи» в связи с нарастающей дыхательной недостаточностью.

### **Анамнез жизни**

- \* страдает ИБС, фибрилляцией предсердий.
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имела
- \* аллергических реакций на пенициллины
- \* имеет взрослого ребенка

### **Объективный статус**

Общее состояние тяжелое. Рост 171 см, вес 65 кг. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 22 в мин. АД 132/74 мм, ЧСС 74 в мин. Уменьшение минутного объема дыхания (МОД) до 60% и жизненной емкости легких (ЖЕЛ) – менее 80% от должной жизненной емкости легких ДЖЕЛ. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в границах нормы Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочеиспускание контролирует.

Неврологический статус:

Сознание ясное. В пространстве, времени и собственной личности ориентирована. Менингеальные симптомы отрицательные. Поля зрения не изменены. Зрачки равны, D=S. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Роговичные рефлексы: D=S. Чувствительность на лице сохранена. Асимметрия лицевой мускулатуры: 4 балла по шкале Хауса-Бракманна справа, 3 балла – слева. Снижение небного и глоточного рефлексов, язык по средней линии. Слух не изменен. Затруднение поворота головы в стороны, слабость мышц плечевого пояса.

Симметричный восходящий периферический тетрапарез до трех баллов в верхних конечностях, до двух - в нижних. Тонус мышц не изменен. Глубокие и периостальные рефлексы отсутствуют. Гипестезия обеих ног по типу «носков». Дистальный гипергидроз, более выражен на стопах.

### **К необходимому в данной ситуации лабораторным и инструментальным методам исследования относятся**

- вентрикулярная пункция
- наложение вентрикуло-аурикулярного шунта
- реинтубация
- полный покой вдали от источников яркого света и звука



## **Результаты обследования**

### **Диагностически значимыми в анализе церебро-спинальной жидкости являются**

- вентрикулярная пункция
- наложение вентрикуло-аурикулярного шунта
- реинтубация
- полный покой вдали от источников яркого света и звука

## **Результаты обследования**

### **Дифференциальную диагностику при данной патологии необходимо проводить с**

- рассеянным склерозом
- острым миелитом
- травмой шейного отдела спинного мозга
- опухолью краниовертебрального перехода

### **Основным заболеванием является**

- рассеянным склерозом
- острым миелитом
- травмой шейного отдела спинного мозга
- опухолью краниовертебрального перехода

## **Диагноз**

### **Наиболее вероятно в данной ситуации возникновение осложнения в виде**

- сахарного диабета
- энцефалопатии
- дыхательной недостаточности
- вклинения ствола головного мозга

### **Для установления формы (характера поражения периферических нервов и особенностей клинических проявлений) данного заболевания необходимо провести**

- позитронноэмиссионную компьютерную томографию
- элетроэнцефалографию
- магнитнорезонансную томографию
- элейктронеуромиографию

**Главным клиническим симптомом в данной ситуации является**

- аритмия
- гипергидроз
- снижение показателей дыхательных функций
- прогрессирующая мышечная слабость

**Патогенез данного заболевания чаще обусловлен предшествующей инфекцией, вызванной**

- *Campylobacter jejuni*
- *E.coli*
- *Salmonella*
- *Chlamydia*

**Наиболее активными методами терапии при данном заболевании являются**

- курс иммунотерапии препаратами иммуноглобулинов
- антибиотикотерапия
- плазмаферез
- гемодиализ
- анкикоагулянтная терапия

**В острой стадии данного заболевания в сыворотке обнаруживаются антитела к**

- вирусу кори
- тиреоглобулину
- вирусу Эпштейна-Барр
- ганглиозидам

**Симптоматическая терапия при данном заболевании включает**

- противосудорожную терапию
- гастропротективную терапию
- антикоагулянтную терапию
- жаропонижающую терапию

**При данном заболевании проводится иммунотерапия препаратами класса**

- противосудорожную терапию
- гастропротективную терапию
- антикоагулянтную терапию
- жаропонижающую терапию

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больной Р., 62 года, был госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи.

### Жалобы

Со слов родственников, у пациента утром после сна возникла слабость в правых конечностях, нарушилась речь. Вызвали бригаду скорой медицинской помощи.

### Анамнез заболевания

Около 4 месяцев назад у пациента отмечался эпизод преходящей слабости в правых конечностях, полностью регрессировавший через 20 минут. По данному случаю к врачу не обращался. 2 месяца назад пациент сделал УЗИ БЦА, по результатам которой был выявлен стеноз левой ВСА 90%.

### Анамнез жизни

- \* страдает гипертонической болезнью 2 ст.
- \* профессиональных вредностей не имеет
- \* курит около пачки сигарет в день
- \* семейный анамнез не отягощен
- \* аллергические реакции отрицает
- \* имеет одного взрослого ребенка

### Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Контакт с пациентом затруднен из-за речевых нарушений. Рост 185 см, вес 90 кг, ИМТ=26,3. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Костно-мышечная система правильного развития, без патологии. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. АД 180/100 мм рт. ст., ЧСС 88 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент 2 тона над аортой. Живот симметричный, безболезненный во всех отделах, мягкий, в акте дыхания участвует. Перкуторные границы печени в пределах нормы, нижний край по краю реберной дуги, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание не нарушено. Неврологический статус: Контакт ограничен из-за грубых речевых нарушений. Реагирует на осмотр врача, выполняет инструкции. Менингеальных знаков нет. Обоняние не исследовалось. Зрачки равны, прямая и содружественная реакции на свет сохранены, зрение не нарушено. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Парез мимической мускулатуры справа по центральному типу. Глотание и фонация не нарушены, легкая девиация языка вправо. Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы в ноге до 2 баллов, в руке до 1 балла. Сухожильные и периостальные рефлексy D>S, справа высокие,

зоны умеренно расширены. Симптом Бабинского справа. Показывает правостороннюю гемигипестезию. Пальценосовую пробу слева выполняет удовлетворительно. Обращенную речь понимает, речевая продукция отсутствует.

**В целях полноценного обследования пациента и выявления возможных сопутствующих заболеваний показано проведение**

- противосудорожную терапию
- гастропротективную терапию
- антикоагулянтную терапию
- жаропонижающую терапию

**Результаты обследования**

**К необходимым инструментальным методам исследования в данной ситуации относятся**

- противосудорожную терапию
- гастропротективную терапию
- антикоагулянтную терапию
- жаропонижающую терапию

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Для дополнительного обследования в целях уточнения локализации и характера очага нарушения кровоснабжения пациенту возможно провести**

- МРТ головного мозга
- электромиографию
- электроэнцефалографию
- М-ЭХО

**У данного пациента произошло нарушение в бассейне**

- левой передней мозговой артерии
- левой средней мозговой артерии
- задней мозговой артерии
- правой средней мозговой артерии

**По классификации А.В.Покровского, у данного пациента сосудистая недостаточность**

- III степени

- IV степени
- I степени
- II степени

**У данного пациента имеет место**

- сенсомоторная афазия
- сенсорная афазия
- эфферентная моторная афазия
- акустико-мнестическая афазия

**У данного пациента имеет место ( по критериям TOAST)**

- лакунарный тип инсульта
- инсульт неустановленной этиологии
- кардиоэмболический тип инсульта
- атеротромботический тип инсульта

**Данному пациенту системная тромболитическая терапия**

- противопоказана, так как время возникновения первых симптомов инсульта неизвестно
- показана, так как время возникновения первых симптомов инсульта неизвестно
- противопоказана, так как возраст пациента более 60 лет
- показана, так как возраст пациента менее 70 лет

**В первые сутки данному пациенту показана доза ацетилсалициловой кислоты**

**+        + мг**

- 325
- 100
- 75
- 150

**Тяжесть ишемического инсульта оценивается по шкале**

- Fisher
- Hunt-Hess
- комы Глазго
- NIHSS

**Данному пациенту коррекция артериального давления**

- требуется и необходимо добиться снижения АД на 20 мм рт. ст

- не требуется и целесообразно сохранять АД в имеющихся значениях
- требуется и необходимо повысить АД на 10 мм рт. ст
- требуется и необходимо снизить АД до «рабочих» значений пациента

### **Каротидная эндартерэктомия в данном наблюдении показана после НМК через**

- требуется и необходимо добиться снижения АД на 20 мм рт. ст
- не требуется и целесообразно сохранять АД в имеющихся значениях
- требуется и необходимо повысить АД на 10 мм рт. ст
- требуется и необходимо снизить АД до «рабочих» значений пациента

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

45-летний мужчина обратился в многопрофильную клинику.

### **Жалобы**

На ночные приступы острой нестерпимой головной боли сверлящего и колющего характера в периорбитальной и височной областях слева, интенсивностью до 10 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

### **Анамнез заболевания**

Впервые приступы головной боли возникли около восьми лет назад после сильного эмоционального стресса, сопровождались нарушением сна, пациент мог 1-2 суток проводить без сна. На момент обращения приступы продолжаются на протяжении двух месяцев, до этого отмечался период улучшения длительность три месяца. В настоящий момент возникает 5-6 приступов в неделю, которые, как правило, начинаются с парестезий в затылочной и теменной зоне, затем возникает интенсивная стреляющая сверлящая боль в левой височной области с иррадиацией в периорбитальную область на ипсилатеральной стороне. Раньше болевой пароксизм мог возникать, как в правой, так и левой височных областях, в последнее время боль имеет исключительно левостороннюю локализацию. Головной боли сопутствуют слезотечение, ринорея, покраснение склеры и отечность века на стороне боли.

### **Анамнез жизни**

- \* аутоиммунный тиреоидит
- \* курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имел

\* аллергических реакций не имеет

\* имеет взрослого ребенка

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 182 см, вес 90 кг. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 122/80 мм, ЧСС 74 в мин. Дыхание правильное, ритмичное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет.

Перкуторные границы печени в границах нормы Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание контролирует.

Неврологический статус:

Сознание ясное. В пространстве, времени и собственной личности ориентирован. Менингеальные симптомы отрицательные. Поля зрения не изменены. Зрачки не симметричные,  $D > S$ . Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Роговичные рефлексы:  $D = S$ . Легкий птоз верхнего века слева. Чувствительность на лице сохранена. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии. Координаторные пробы выполняет уверенно.

Парезов конечностей нет. Тонус мышц не нарушен. Глубокие и периостальные рефлексы оживлены без асимметрии. Патологических симптомов нет. Экстрапирамидных нарушений нет. Слух не изменен. При пальпации отмечаются точки локальной болезненности в заднешейных мышцах, симметрично с 2-х сторон.

### **При жалобах на головную боль к необходимым лабораторным и инструментальным методам исследования относятся**

- требуется и необходимо добиться снижения АД на 20 мм рт. ст
- не требуется и целесообразно сохранять АД в имеющихся значениях
- требуется и необходимо повысить АД на 10 мм рт. ст
- требуется и необходимо снизить АД до «рабочих» значений пациента

### **Результаты обследования**

### **При сборе анамнеза у данного пациента дополнительно необходимо выяснить**

- требуется и необходимо добиться снижения АД на 20 мм рт. ст
- не требуется и целесообразно сохранять АД в имеющихся значениях
- требуется и необходимо повысить АД на 10 мм рт. ст
- требуется и необходимо снизить АД до «рабочих» значений пациента

## **Результаты обследования**

### **Дифференциальную диагностику при данной патологии необходимо проводить с**

- нарушением мозгового кровообращения
- синдромом Горнера
- мигренью
- вертебрально-базилярной недостаточностью

### **Наиболее вероятным диагнозом является**

- нарушением мозгового кровообращения
- синдромом Горнера
- мигренью
- вертебрально-базилярной недостаточностью

## **Диагноз**

### **Данное заболевание чаще всего проявляется**

- парестезиями в конечностях, акроцианозом
- ознобом
- слезотечением, заложенностью носа
- понижением артериального давления

### **Приступы головной боли при данном заболевании возникают преимущественно**

- в ночные часы
- в утренние часы
- в дневные часы
- при физической нагрузке

### **Данная патология чаще возникает у**

- подростков
- мужчин пожилого возраста
- женщин среднего возраста
- мужчин среднего возраста

### **Нередко при этом заболевании развивается**

- синдром Фовилля
- синдром Джексона



- синдром Горнера
- синдром Маркуса -Ганна

**Препаратами, используемыми для профилактики приступов головной боли при данном заболевании, являются**

- омепразол (20-40 мг/сут)
- ривароксабан (15-20 мг/сут)
- ацетилсалициловая кислота (100-300 мг/сут)
- карбонат лития
- верапамил

**Кратковременным лечебным эффектом при остром приступе головной боли при данном заболевании обладают ингаляции**

- смеси фторотана с кислородом
- оксида азота
- P2-агонистов
- 100% кислорода

**Для лечения приступа головной боли в данной ситуации следует использовать**

- триптаны
- НПВС
- беллатаминал
- бета-адреноблокаторы

**Инвазивная нейромодуляция для лечения кластерной головной боли применяется**

- триптаны
- НПВС
- беллатаминал
- бета-адреноблокаторы

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной И., 65 лет, обратился в поликлинику к неврологу по месту жительства.

### **Жалобы**

Пациент предъявляет жалобы на нарушение походки, неустойчивость, учащенное мочеиспускание, эпизоды недержания мочи, забывчивость.

### **Анамнез заболевания**

Данные жалобы беспокоят около 8 месяцев. Последний месяц пациент отмечает нарастание симптомов и появление проблем с памятью. Был госпитализирован в отделение неврологии

### **Анамнез жизни**

- \* страдает гипертонической болезнью 3 ст.
- \* профессиональных вредностей не имеет
- \* не курит
- \* семейный анамнез не отягощен
- \* аллергические реакции отрицает
- \* имеет трех взрослых детей

### **Объективный статус**

Общее состояние средней тяжести. Контактен, ориентирован, апатичен. Рост 175 см, вес 80 кг, ИМТ=26,3. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Костно-мышечная система правильного развития, без патологии. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. АД 130/90 мм рт. ст., ЧСС 76 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент 2 тона над аортой. Живот симметричный, безболезненный во всех отделах, мягкий, в акте дыхания участвует. Перкуторные границы печени в пределах нормы, нижний край по краю реберной дуги, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Эпизоды недержания мочи.

Неврологический статус:

Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Обоняние не нарушено. Выпадения полей зрения нет. Зрачки равны, прямая и содружественная реакции на свет сохранены, конвергенция ослаблена. Движение глазных яблок в полном объеме. Пальпация в точках выхода ветвей тройничного нерва безболезненная, зон нарушения чувствительности на лице не выявлено. Лицо симметрично, мимика живая. Слух удовлетворительный. Поднимание плеч не затруднено. Глотание не нарушено. Фокация и артикуляция не нарушены, язык по средней линии, фасцикулярных подергиваний нет.

Движения в конечностях сохранены. Повышение мышечного тонуса в ногах по пластическому типу. Затрудненное начало движений, походка неуверенная, шаги мелкие. Сухожильные рефлексы повышены D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчив. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности отсутствуют.

Пациент апатичен. Отмечается нарушение когнитивных функций, снижение памяти на текущие события.

**К необходимым в данной ситуации методам обследования относятся**

- триптаны
- НПВС
- беллатаминал
- бета-адреноблокаторы

### **Результаты обследования**

#### **Данному пациенту можно поставить диагноз**

- триптаны
- НПВС
- беллатаминал
- бета-адреноблокаторы

### **Диагноз**

#### **Для триады Хакима-Адамса характерны**

- недержание мочи, гемигипалгезия, апраксия
- гемипарез, дизартрия, деменция
- нарушение походки, диплопия, деменция
- нарушение походки, недержание мочи, деменция

#### **При выполнении tap-test положительным результатом считается**

- отсутствие изменений после проведения теста
- снижение показателей когнитивных функций на 10% и более, снижение скорости ходьбы на 20% и более
- усиление симптомов нарушения походки
- улучшение показателей когнитивных функций > 10%, повышение скорости ходьбы на 20% и более, сужение базовой опоры, увеличение высоты шага

#### **Для гидроцефалии характерно значение индекса Эванса**

- $\{ \text{nbsp} \} > 0,5$
- $\{ \text{nbsp} \} > 0,3$
- $\{ \text{nbsp} \} > 0,6$
- $\{ \text{nbsp} \} < 0,3$

#### **Для таких пациентов характерна**

- гипокинетическая походка
- атактическая походка
- апраксия ходьбы

- спастико-атактическая походка

**Данному пациенту показано проведение**

- лучевой терапии
- люмбо- или вентрикулоперитонеального шунтирования
- консервативной терапии
- люмбальной пункции

**Дифференциальная диагностика нормотензивной гидроцефалии проводится**

**с**

- аутоиммунным энцефалитом
- деменцией с тельцами Леви
- синдромом Гийена-Барре
- рассеянным склерозом

**В качестве консервативной терапии при нормотензивной гидроцефалии может быть использован**

- диакарб
- верапамил
- спиронолактон
- маннитол

**Механизм действия диакарба при нормотензивной гидроцефалии заключается в**

- повышение внутричерепного давления
- повышение продукции спинномозговой жидкости
- снижении продукции спинномозговой жидкости
- снижение внутричерепного давления

**После выписки из стационара необходимо провести пациенту контрольную магнитно-резонансную томографию головного мозга через**

- 1 месяц
- 5 месяцев
- 8 месяцев
- 3 месяца

**Для пациентов с нормотензивной гидроцефалией не характерно**

- 1 месяц
- 5 месяцев

- 8 месяцев
- 3 месяца

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больной С., 45 лет, грузчик, обратился в поликлинику по месту жительства.

### Жалобы

На интенсивные боли в области поясницы и наружной поверхности правой ноги «простреливающего» характера, ограничивающие трудоспособность, уменьшающиеся при приеме противовоспалительных препаратов.

### Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение полутора лет, с тех пор как начались первые «прострелы» в спине, поначалу боль самостоятельно проходила, но со временем интенсивность и длительность болевого синдрома увеличивались, в связи с чем начал прием НПВС и комбинированных анальгетиков, которые купировали боль. Настоящее ухудшение развилось 3 месяца назад: при подъеме холодильника на 4й этаж у больного возникла резкая, интенсивная боль, лишившая его трудоспособности, проводились длительные курсы НПВС, терапия витаминами группы В, физиотерпия – все без существенного эффекта.

### Анамнез жизни

- \* Курит по 10 сигарет в день в течение 20 лет
- \* Злоупотребление алкоголем, наркотических веществ отрицает
- \* По профессии грузчик
- \* Аллергологический анамнез не отягощен
- \* Семейный анамнез не отягощен
- \* Имеет двух взрослых детей

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 176 см, вес 95 кг, ИМТ = 30,7. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 120/80 мм, ЧСС 80 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в границах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Пальпация паравертебральных точек пояснично-крестцового отдела резко болезненна. Ограничение подвижности в пояснично-крестцовом отделе, локальное мышечное напряжение. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочеиспускание в норме.

Неврологический статус:

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована. Менингеальные знаки отсутствуют. Зрачки равны, прямая и содружественная фотореакции сохранены, зрение не нарушено. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Чувствительность на лице сохранена. Мимика не нарушена. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии. Движения в правой ноге ограничены, парез правой стопы (ограничено тыльное сгибание). Тонус существенно не изменен. Гипестезия по наружной поверхности правого бедра, передне-наружной поверхности правой голени. Положительные симптомы Нери и Ласега. Экстрапирамидных нарушений нет. Устойчивость в позе Ромберга выяснить не удалось из-за неспособности больного опираться на правую ногу. Речь сохранена.

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- 1 месяц
- 5 месяцев
- 8 месяцев
- 3 месяца

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Болевые точки Валле в области середины ягодичной складки, между седалищным бугром и большим вертелом, у верхнезадней ости подвздошной кости, посередине задней поверхности бедра, в подколенной ямке выявляются при**

- переломе копчика
- поясничной радикулопатии
- грыже межпозвонкового диска на уровне Th12-L1
- артрозе фасеточных суставов

**В представленном наблюдении имеет место**

- мышечно-тонический синдром
- корешковый синдром L5, обусловленный стенозом позвоночного канала, грыжей межпозвонкового диска L5-S1
- люмбагия
- переднероговой синдром на поясничном уровне

**Мышцей-индикатором корешка L5 является**

- длинный разгибатель большого пальца стопы

- мышца, отводящая мизинец стопы
- длинный сгибатель большого пальца стопы
- длинный разгибатель пальцев стопы

#### **Двухфазным симптомом натяжения является симптом**

- Мацкевича
- Ласега
- Нери
- Вассермана

#### **Развитие ступажа при корешковом синдроме L5 может быть связано с вертеброгенным «псевдоперонеальным параличом», обусловленным дополнительным вовлечением в патологический процесс корешка**

- L3
- L4
- L2
- S1

#### **Индекс Шобера при данном заболевании**

- уменьшается
- не имеет диагностического значения
- не изменяется
- увеличивается

#### **Дифференциальный диагноз данного заболевания следует проводить с**

- опухолью конского хвоста
- остеохондрозом шейного отдела позвоночника
- невропатией бедренного нерва
- диабетической полинейропатией

#### **Хроническое течение осложненного остеохондроза, упорный хронический болевой синдром подразумевает использование в консервативной терапии**

- полного покоя
- сна на щите
- антидепрессантов и антиконвульсантов
- нестероидных противовоспалительных препаратов

#### **Противоэпилептические препараты служат для**

- устранения эктопической импульсации в периферических нервах и торможения возбудимости центральных ноцицептивных нейронов
- улучшения микроциркуляции в зоне пораженного корешка и повышения нервно-мышечной проводимости
- подавления обратного захвата серотонина и норэпинефрина (норадреналина) в целях снижения болевого синдрома
- нормотимического эффекта и регенерации сосудов

**Показанием к хирургическому лечению при грыжах межпозвонкового диска поясничной локализации является**

- признаки спондилеза, разрастания остеофитов
- нестабильность позвоночно-двигательного сегмента
- продолжительность болевого синдрома - 2 недели с минимальным положительным эффектом от консервативной терапии
- продолжительность корешкового болевого синдрома или боли в поясничной области не менее 4 недель (при отсутствии симптомов выпадений функции нервов, требующих безотлагательной декомпрессии) при отсутствии эффекта от консервативной терапии

**Консервативное купирование острого болевого синдрома включает следующую схему**

- признаки спондилеза, разрастания остеофитов
- нестабильность позвоночно-двигательного сегмента
- продолжительность болевого синдрома - 2 недели с минимальным положительным эффектом от консервативной терапии
- продолжительность корешкового болевого синдрома или боли в поясничной области не менее 4 недель (при отсутствии симптомов выпадений функции нервов, требующих безотлагательной декомпрессии) при отсутствии эффекта от консервативной терапии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной К., 7 лет, явился на прием к неврологу поликлиники в сопровождении матери.

### **Жалобы**

На повышенную двигательную активность, вздрагивания, периодические частые мигания, выкрикивание бранных слов, импульсивность, плохую успеваемость в школе.



### **Анамнез заболевания**

После детского сада, за месяц до начала обучения в школе, мать стало беспокоить поведение ребенка, проявляющееся беспричинным выкрикиванием бранных слов, сопровождающееся быстрым морганием. Спустя месяц в картине заболевания также появились двигательные пароксизмы в виде вздрагивания и взмахивания руками при ходьбе. В школе, со слов учителя, ребенок ведет себя расторможенно, демонстрирует трудности концентрации и удержания внимания с чрезмерной двигательной активностью, отстает в обучении от сверстников, проявляет агрессию к одноклассникам.

### **Анамнез жизни**

Растет и развивается соответственно возрасту. Перинатальный период без особенностей.

### **Объективный статус**

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальной симптоматики нет. Обращенную речь понимает полностью. Ажитирован, в беседе демонстрирует негативизм, высказывает мысли о постоянной обеспокоенности по поводу домашнего задания, страхи, связанные с наказаниями за его невыполнение. Регулярно перед началом его выполнения подолгу раскладывает письменные принадлежности в определенном порядке. При дальнейшем расспросе ребенок начал вычурно себя вести, подпрыгивать, издавать звуки, похожие на шмыганье носом.

Движения глазных яблок в полном объеме. Язык по средней линии. Лицо симметрично. Сила во всех группах мышц – 5 баллов. Сухожильные рефлексы живые, S=D, парезов, патологических пирамидных знаков нет. Нарушений чувствительности не выявлено. В позе Ромберга устойчив, координаторы пробы выполняет уверенно. Функции тазовых органов не нарушены.

### **Инструментальным методом исследования, показанным пациенту, является**

- признаки спондилеза, разрастания остеофитов
- нестабильность позвоночно-двигательного сегмента
- продолжительность болевого синдрома - 2 недели с минимальным положительным эффектом от консервативной терапии
- продолжительность корешкового болевого синдрома или боли в поясничной области не менее 4 недель (при отсутствии симптомов выпадений функции нервов, требующих безотлагательной декомпрессии) при отсутствии эффекта от консервативной терапии

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Выкрикивание бранных слов, продукция звуков наподобие шмыганья носом являются проявлениями**

- генерализованного статуса миоклонических приступов
- вокальных тиков
- фокальных психических приступов
- фокальных моторных эпилептических приступов

**Двигательные пароксизмы в виде вздрагивания, взмахивания руками при ходьбе и подпрыгивания являются проявлениями**

- фокальных моторных ингибиторных приступов
- негативного миоклонуса
- миоклонических абсансов
- моторных тиков

**Расторможенность, трудности концентрации и удержания внимания с чрезмерной двигательной активностью, отставание в обучении являются проявлениями**

- аутической психопатии
- шизоидного расстройства в детском возрасте
- синдрома дефицита внимания и гиперактивности
- дезинтегративного психоза

**Мысли о постоянной обеспокоенности по поводу домашнего задания, страхи, связанные с наказаниями за его невыполнение, ритуал в виде раскладывания письменных принадлежностей в определенном порядке являются проявлением**

- соматоформного расстройства
- неврастении
- обсессивно-компульсивного расстройства
- синдрома деперсонализации-дереализации

**Вышеизложенная клиническая картина соответствует**

- соматоформного расстройства
- неврастении
- обсессивно-компульсивного расстройства
- синдрома деперсонализации-дереализации

**Диагноз**

**Диагностическим критерием синдрома Туретта является период без тиков не более**

- 3 дней
- 3 недель
- 3 месяцев
- 1 года

**К немедикаментозным методам лечения синдрома Туретта относится**

- лоботомия
- наркопсихотерапия
- электросудорожная терапия
- рациональная психотерапия

**Препаратом бензодиазепинового ряда, используемым для лечения синдрома Туретта является**

- венлафаксин
- тиаприд
- клонидин
- клоназепам

**При тяжелом течении заболевания используется высокопотенциальный нейролептик**

- лития карбонат
- эсциталопрам
- агомелатин
- галоперидол

**В лечении обсессивно-компульсивного синдрома используют**

- мидазолам
- прамипексол
- тапентадол
- кломипрамин

**Показанием для нейрохирургического вмешательства при синдроме Туретта является**

- мидазолам
- прамипексол
- тапентадол
- кломипрамин

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациентка 36 лет обратилась к врачу-нейрохирургу.

### Жалобы

На эпилептические приступы в анамнезе, снижение памяти (забывает фамилии известных артистов, дорогу к институту, некоторые важные события в своей жизни).

### Анамнез заболевания

Около 6 месяцев назад появились ночные эпизоды прикусывания языка (всего 7). Помимо этого стала отмечать нарушение памяти.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Гемотрансмиссивными инфекциями не болела. Туберкулезом не болела. Педагог.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Артериальное давление 140/80 мм Hg. ЧСС 75 ударов в мин. Мочеиспускание безболезненное. Со стороны половой системы жалоб не предъявляет.

### Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- мидазолам
- прамипексол
- тапентадол
- кломипрамин

### Результаты инструментальных методов обследования

### Рекомендованным для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- мидазолам
- прамипексол
- тапентадол
- кломипрамин

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании результатов выполненных исследований у больной можно предположить**

- мидазолам
- прамипексол
- тапентадол
- кломипрамин

## **Диагноз**

**Пациентке рекомендована консультация**

- невролога
- нейрохирурга
- психиатра
- уролога

**Первым этапом лечения у данной пациентки показано**

- микрохирургическое удаление опухоли
- выполнение химиотерапии
- наблюдение
- выполнение радиотерапии

**Обязательным условием является использование**

- интраоперационного КТ
- интраоперационной ангиографии
- интраоперационного МРТ
- интраоперационного нейрофизиологического мониторинга проводящих путей

**Оптимальным нейрохирургическим доступом в этом случае будет**

- птериональный справа
- птериональный слева
- субфронтальный слева
- субвисочный слева

**Основной риск развития гемипареза у данной больной связан с повреждением**

- артерии Гюбнера

- задней мозговой артерии
- лентикулостриарных артерий
- передней ворсинчатой артерии

**При использовании трансильвиевого доступа основным ориентиром обнаружения лентикулостриарных артерий является нахождение**

- передней короткой извилины островка
- порога островковой доли
- средней короткой извилины островка
- задней короткой извилины островка

**Данной больной показано назначение**

- гипотензивных препаратов
- диуретиков
- антиаритмических препаратов
- антиконвульсантов

**Для снижения риска периоперационного кровотечения данной пациентки показана отмена препаратов из группы**

- диуретиков за 5–7 суток до операции
- НПВП за 5–7 суток до операции
- антиаритмических препаратов за 15 суток до операции
- гипотензивных препаратов за 10 суток до операции

**При гистологическом диагнозе диффузная астроцитома и субтотальном удалении опухоли, следует рассмотреть проведение в послеоперационном периоде данной пациентке**

- диуретиков за 5–7 суток до операции
- НПВП за 5–7 суток до операции
- антиаритмических препаратов за 15 суток до операции
- гипотензивных препаратов за 10 суток до операции

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 45 лет обратился к врачу-нейрохирургу.

## **Жалобы**

На шаткость при походке, эпизоды тошноты и рвоты по несколько раз в день, двоение.

## **Анамнез заболевания**

Около 1 месяца назад появились жалобы на шаткость при походке, эпизоды тошноты и рвоты по несколько раз в день, двоение. Направлен к неврологу на дообследование.

## **Анамнез жизни**

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Гемотрансмиссивными инфекциями не болел. Туберкулезом не болел. Фермер.

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Артериальное давление 130/79 мм Hg. ЧСС 75 ударов в мин. Мочеиспускание безболезненное. Со стороны половой системы жалоб не предъявляет.

## **Для постановки диагноза необходимо выполнить**

- диуретиков за 5–7 суток до операции
- НПВП за 5–7 суток до операции
- антиаритмических препаратов за 15 суток до операции
- гипотензивных препаратов за 10 суток до операции

## **Результаты обследования**

## **Для уточнения диагноза дополнительно необходимо провести**

- диуретиков за 5–7 суток до операции
- НПВП за 5–7 суток до операции
- антиаритмических препаратов за 15 суток до операции
- гипотензивных препаратов за 10 суток до операции

## **Результаты обследования**

## **Основным предполагаемым диагнозом будет**

- диуретиков за 5–7 суток до операции
- НПВП за 5–7 суток до операции
- антиаритмических препаратов за 15 суток до операции
- гипотензивных препаратов за 10 суток до операции

## **Диагноз**

### **Пациенту рекомендована консультация**

- психиатра
- терапевта
- дерматолога
- нейрохирурга

### **Первым этапом лечения у данного пациента показано**

- выполнение радиотерапии
- наблюдение
- выполнение химиотерапии
- микрохирургическое удаление опухоли

### **Обязательными условиями являются интраоперационное использование**

- интраоперационного КТ
- интраоперационной УЗИ навигации
- нейрофизиологического мониторинга проводящих путей, проведение интраоперационного контроля слуховых вызванных потенциалов, нейрофизиологического мониторинга моторной функции лицевого нерва
- интраоперационного МРТ
- временного кардиостимулятора при высоком риске интраоперационных осложнений

### **Оптимальным нейрохирургическим доступом в этом случае будет**

- срединный субокципитальный, теловелярный
- транскаллезный слева
- птериональный слева
- ретросигмовидный

### **Основные риски при операции у данной больной связаны с повреждением**

- передней ворсинчатой артерии
- задней мозговой артерии
- передней спинальной артерии
- нижних задних мозжечковых артерий, структур ромбовидной ямки

**При использовании срединного субокципитального, теловелярного доступа основным ориентиром обнаружения задних нижних мозжечковых артерий является**



- обнаружение подъязычного нерва
- обнаружение передней спинальной артерии
- обнаружение яремного отверстия
- отверстие Мажанди

#### **План лечения пациента до операции заключается в**

- назначении гипотензивных препаратов
- наблюдении
- физиотерапии
- предоперационной подготовке

#### **Для снижения риска периоперационного кровотечения данному пациенту показана отмена препаратов из группы**

- антиаритмических
- антиагрегантов и антикоагулянтов за 7 суток до операции
- диуретиков
- гипотензивных

#### **При гистологическом диагнозе анапластическая эпендимома и субтотальном удалении опухоли следует рассмотреть проведение в послеоперационном периоде данному пациенту**

- антиаритмических
- антиагрегантов и антикоагулянтов за 7 суток до операции
- диуретиков
- гипотензивных

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 39 лет обратился к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На эпизоды тошноты и рвоты по несколько раз в день, шаткость при походке, двоение, головные боли.

### **Анамнез заболевания**

Около 3 недель назад появились жалобы на шаткость при походке, эпизоды тошноты и рвоты по несколько раз в день, двоение. Направлен к неврологу на дообследование.

### **Анамнез жизни**

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Гемотрансмиссивными инфекциями не болел. Туберкулезом не болел. Бухгалтер.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Артериальное давление 125/79 мм Нг. ЧСС 70 ударов в мин. Мочеиспускание безболезненное. Со стороны половой системы жалоб не предъявляет.

### **Необходимыми для постановки диагноза дополнительными методами обследования являются**

- антиаритмических
- антиагрегантов и антикоагулянтов за 7 суток до операции
- диуретиков
- гипотензивных

### **Результаты обследования**

#### **Для постановки диагноза дополнительным мероприятием будет**

- антиаритмических
- антиагрегантов и антикоагулянтов за 7 суток до операции
- диуретиков
- гипотензивных

### **Результаты обследования**

#### **Предполагаемый основной диагноз**

- антиаритмических
- антиагрегантов и антикоагулянтов за 7 суток до операции
- диуретиков
- гипотензивных

### **Диагноз**

#### **Пациенту рекомендована консультация**

- психиатра
- нейрохирурга
- фтизиатра
- инфекциониста

### **Первым этапом лечения у данного пациента показано**

- выполнение химиотерапии
- выполнение радиотерапии
- микрохирургическое удаление опухоли
- наблюдение

### **Обязательным условием интраоперационного ведения является использование**

- интраоперационного МРТ
- интраоперационного КТ
- нейрофизиологического мониторинга проводящих путей и ядер черепных нервов
- интраоперационного МСКТ

### **Оптимальным нейрохирургическим доступом в этом случае будет**

- ретросигмовидный
- срединный субокципитальный, теловелярный
- транскаллезный слева
- птериональный слева

### **Основные риски при операции у данной больной связаны с повреждением**

- передней ворсинчатой артерии
- передней спинальной артерии
- нижних задних мозжечковых артерий, структур ромбовидной ямки
- задней мозговой артерии

### **При использовании срединного субокципитального, теловелярного доступа основным ориентиром обнаружения задних нижних мозжечковых артерий является**

- обнаружение передней спинальной артерии
- обнаружение яремного отверстия
- отверстие Мажанди
- обнаружение подъязычного нерва

### **План лечения пациента до операции включает в себя**

- назначение гипотензивных препаратов
- наблюдение
- физиотерапию

- оперативное вмешательство; при крайне тяжелом состоянии пациента возможен вариант постановки наружного вентрикулярного дренажа

**Для снижения риска периоперационного кровотечения данному пациенту показана отмена препаратов из группы**

- антиагрегантов и антикоагулянтов за 7 суток до операции
- гипотензивных
- антиаритмических
- диуретиков

**При гистологическом диагнозе Хориоидпапиллома Grade I и тотальном удалении опухоли, следует рассмотреть проведение в послеоперационном периоде данному пациенту**

- антиагрегантов и антикоагулянтов за 7 суток до операции
- гипотензивных
- антиаритмических
- диуретиков

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 69 лет обратился к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На головные боли, слабость в левых конечностях, асимметрию лица, снижение памяти.

### **Анамнез заболевания**

Головные боли и снижение памяти беспокоят в течение последних трех месяцев. Около двух месяцев назад появилась слабость в левых конечностях в связи с чем по рекомендации невролога выполнил МРТ головного мозга, выявившее объемное образование задних отделов правой лобной доли с умеренным перифокальным отеком, интенсивно гетерогенно накапливающее контрастное вещество. Вышеуказанные жалобы в последние две недели стали более выраженными.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имел

- \* аллергических реакций не было
- \* онкологические заболевания отрицает.

### **Объективный статус**

Нормотермия, состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 80 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 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Минимальный объем дообследования, который необходимо провести данному пациенту, состоит из**

- антиагрегантов и антикоагулянтов за 7 суток до операции
- гипотензивных
- антиаритмических
- диуретиков

### **Результаты обследования**

### **Для планирования оперативного вмешательства в данном случае необходимо выполнить**

- антиагрегантов и антикоагулянтов за 7 суток до операции
- гипотензивных
- антиаритмических
- диуретиков

### **Результаты обследования**

### **Основываясь на результатах клинической картины и методов нейровизуализации наиболее вероятно у данного пациента речь идет о**

- антиагрегантов и антикоагулянтов за 7 суток до операции
- гипотензивных
- антиаритмических
- диуретиков

### **Диагноз**

### **Наиболее вероятный дифференциальный диагноз у данного пациента будет проводиться с**

- лимфомой

- вторичным поражением головного мозга
- паразитарным процессом
- абсцессом

**При генетическом исследовании, полученного в ходе оперативного изучения материала, о неблагоприятном прогнозе общей выживаемости будет говорить**

- ATRX
- MGMT
- IDH-2
- IDH-1

**Патоморфологическое заключение «Глиобластома, WHO Grade IV дикий тип» означает что**

- низкая пролиферативная активность
- высока пролиферативная активность
- мутации исследовались, но не были обнаружены
- мутации не исследовались

**Ожидаемая продолжительность жизни у данного пациента при правильно проведенном лечении**

- 5 лет
- 2 года
- 15 месяцев
- 3 года

**Ожидаемым неврологическим дефицитом у данного пациента считается развитие**

- когнитивных нарушений
- моторной афазии
- амнестической афазии
- нарастание моторного дефицита

**Первым этапом лечения данной опухоли является**

- химиотерапия
- лучевая терапия
- динамическое наблюдение
- максимально возможная резекция опухоли

**Основным противоотечным препаратом в послеоперационном периоде является**

- темозоломид
- дексаметазон
- фурасемид
- диакарб

**Лучевую терапию у данного пациента рекомендовано начать**

- через 3 месяца
- в срок от 2 до 4 недель после операции
- через 12 месяцев
- через 6 месяцев

**Данному пациенту показано проведение лучевой терапии с очаговой суммарной дозой + \_\_\_\_\_ + Гр**

- через 3 месяца
- в срок от 2 до 4 недель после операции
- через 12 месяцев
- через 6 месяцев

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 66 лет обратился к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На незначительную неловкость в пальцах левой кисти, эпилептические приступы.

### **Анамнез заболевания**

Со слов больного, около трех месяцев назад впервые развился фокальный эпилептический приступ в виде слабости в левой кисти. Выполнил МРТ, однако органической патологии по результатам исследования выявлено не было. Получал сосудистую терапию. Неделю назад развился эпизод слабости в левой кисти с последующей утратой сознания и судорогами в мышцах конечностей. По месту жительства назначен Депакин Хроно по 500 мг 2 раза в сутки.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет

- \* профессиональных вредностей не имел
- \* аллергических реакций не было
- \* онкологические заболевания отрицает.

### **Объективный статус**

Кожные покровы в целом обычной окраски. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. ПЖК развита избыточно, л/у не пальпируются. Отеков нет. Активные и пассивные движения не ограничены. ЧДД 18 в мин, ритмичное. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 86 в мин, пульс 86 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Оправления в норме. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

### **Неврологический статус**

Ясное сознание. Правильно ориентирован в месте, времени. Менингеальных знаков нет. Жалобы на изменение обоняния не предъявляет. При ориентировочном исследовании поля зрения не ограничены. Фотореакции удовлетворительные. Зрачки равны. Глазные щели равны. Движения глазных яблок не ограничены. Спонтанного нистагма нет. Корнеальные рефлексы вызываются с 2-х сторон. Чувствительность на лице не изменена. Лицо симметрично при мимике и в покое. Глотание свободно. Фоноция не нарушена. Поворачивает голову, поднимает надплечья свободно. Язык по средней линии. Объем движений в конечностях не ограничен. Мышечная сила достаточная. Мышечный тонус не изменен. Грубого снижения памяти не выявлено.

### **Минимальный объем дообследования, который необходимо провести данному пациенту, включает**

- через 3 месяца
- в срок от 2 до 4 недель после операции
- через 12 месяцев
- через 6 месяцев

### **Результаты обследования**

### **Необходимыми исследованиями для дальнейшего лечения данного пациента являются**

- через 3 месяца
- в срок от 2 до 4 недель после операции
- через 12 месяцев
- через 6 месяцев

### **Результаты обследования**



**Основываясь на результатах клинической картины и методов нейровизуализации, наиболее вероятно у данного пациента речь идет о диагнозе**

- через 3 месяца
- в срок от 2 до 4 недель после операции
- через 12 месяцев
- через 6 месяцев

**Диагноз**

**В данном случае пароксизмальная симптоматика представляет собой**

- первично генерализованную эпилепсию
- парциальные приступы с вторичной генерализацией
- абсансы
- сложные парциальные приступы

**По данным гистологического исследования, полученного в ходе операции, была диагностирована опухоль глиального ряда grade II с ко-делецией p1/19q, которая является**

- ганглиоглиомой
- олигодендроглиомой
- глиобластомой
- диффузной астроцитомой

**У данного пациента пароксизмальная симптоматика может быть рассмотрена как**

- осложнение основного заболевания
- неуточненная
- идеопатическая
- криптогенная

**Характерным для данной опухоли является**

- активное кистообразование
- малигнизация с течением времени
- уменьшение в размерах
- развитие окклюзионной гидроцефалии

**Ожидаемым неврологическим дефицитом у данного пациента считается развитие**

- когнитивных нарушений
- моторной афазии
- амнестической афазии
- нарастания моторного дефицита

#### **Первым этапом лечения данной опухоли является**

- максимально возможная резекция опухоли
- динамическое наблюдение
- химиотерапия
- лучевая терапия

#### **Основным противоотечным препаратом в послеоперационном периоде является**

- дексаметазон
- диакарб
- темозоломид
- фуросемид

#### **Для исключения интракраниальных осложнений в раннем послеоперационном периоде обязательно проведение**

- СКТ в первые 24 часа после операции
- обзорной краниографии
- доплерографии церебральных сосудов
- МРТ головного мозга в первые 24-72 часа

#### **Для оценки эффективности противосудорожной терапии необходимо определить**

- СКТ в первые 24 часа после операции
- обзорной краниографии
- доплерографии церебральных сосудов
- МРТ головного мозга в первые 24-72 часа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 35 лет обратилась к врачу-неврологу.

### **Жалобы**

На слуховые галлюцинации.

### **Анамнез заболевания**

1,5 года отметила «какие-то звуки» в правом ухе с длительностью 7-10 сек. Значения этому не придавала. Полгода назад слуховые галлюцинации участились с периодичностью от 1 до 4 раза в месяц.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В развитии от сверстников не отставала. В детстве переболела ветрянкой. В школе и университете училась хорошо. Вредные привычки отрицает. Гемотрансмиссивными инфекциями не болела. Сопутствующие заболевания – отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственный анамнез по онкологическим заболеваниям не отягощен.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Удовлетворительного питания. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Лимфатическая система без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС- 78 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Отеков нет. Сознание ясное. Мнестических расстройств нет. Внимание достаточное. Критика сохранена. Речь, письмо не нарушены. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Чувствительность на лице не изменена. Лицо симметрично. Глотание свободно. Фокация не нарушена. Язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях достаточная. Сухожильные рефлексы умеренные, равные. Патологических рефлексов нет. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Тазовые функции контролирует.

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- СКТ в первые 24 часа после операции
- обзорной краниографии
- доплерографии церебральных сосудов
- МРТ головного мозга в первые 24-72 часа

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Для постановки диагноза дополнительным инструментальным методом обследования будет**

- СКТ в первые 24 часа после операции
- обзорной краниографии

- доплерографии церебральных сосудов
- МРТ головного мозга в первые 24-72 часа

### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **Предполагаемым основным диагнозом будет**

- СКТ в первые 24 часа после операции
- обзорной краниографии
- доплерографии церебральных сосудов
- МРТ головного мозга в первые 24-72 часа

### **Диагноз**

#### **Пациентке рекомендована консультация**

- терапевта
- психиатра
- нейрохирурга
- кардиолога

#### **Первым этапом лечения у данной пациентки показано**

- комбинированное химиолучевое лечение
- проведение радиотерапии
- микрохирургическое удаление опухоли
- выполнение химиотерапии

#### **В первую очередь пациентка должна получать**

- антиаритмические препараты
- гипотензивные препараты
- диуретики
- антиконвульсанты

#### **Наиболее предпочтительным хирургическим доступом при височной эпилепсии является**

- субфронтальный доступ справа
- птериональный доступ справа
- субвисочный доступ слева
- эндоскопический трансназальный доступ

#### **Основной риск развития гемипареза у данной больной связан с повреждением**

- артерии Гюбнера
- лентикулостриарных артерий
- задней мозговой артерии
- сильвиевой вены

**В послеоперационном периоде после удаления опухоли головного мозга рекомендовано выполнение КТ с контрастированием и без него и/или МРТ с контрастным усилением и без него в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 72-96
- 0-12
- 96-120
- 24-72

**При наличии нарастающего неврологического дефицита и признаках отека мозга (головная боль, спутанность сознания) рекомендован прием**

- глюкокортикостероидов (дексаметазон, преднизолон)
- ноотропов
- нейропротекторов
- барбитуратов

**У пациентов с глиомами головного мозга (Grade I-II) в послеоперационном периоде МРТ головного мозга выполняется каждые**

- 1-3 месяца
- 3 месяца в течение 2 лет
- 6 месяцев
- 3-6 месяцев

**В случаях, когда МРТ головного мозга не может быть выполнена (например, при наличии кардиостимуляторов или ферромагнитных имплантов) рекомендовано проведение**

- 1-3 месяца
- 3 месяца в течение 2 лет
- 6 месяцев
- 3-6 месяцев

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 26 лет обратилась к врачу-неврологу.

## **Жалобы**

На эпилептические приступы без потери сознания.

## **Анамнез заболевания**

3 года назад впервые возник фокальный эпилептический приступ в виде обонятельных и вкусовых галлюцинаций (ощущала запах гари, во рту был привкус «чего-то горелого»). Средняя продолжительность такого приступа – 2 мин. Пароксизмы возникали с частотой 1-2 раза в месяц. Была назначена противосудорожная терапия: финлепсин ретард 200 мг 2 раза в день. В дальнейшем приступы не беспокоили. Инструментальные обследования не проводились.

Около 3 месяцев назад отметила учащение приступов до нескольких раз в сутки, стала плохо спать по ночам (по несколько раз за ночь просыпалась от сильного немотивированного страха и затруднения дыхания «ком в горле», сопровождаемого вегетативными проявлениями — выраженным сердцебиением, потоотделением, резкой тошнотой).

## **Анамнез жизни**

Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В развитии от сверстников не отставала. В детстве переболела ветрянкой. В школе и университете училась хорошо. Вредные привычки отрицает. Гемотрансмиссивными инфекциями не болела. Сопутствующие заболевания – отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственный анамнез по онкологическим заболеваниям отягощен (бабушка страдала раком молочной железы)

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. ЧСС 75 ударов в мин. Мочеиспускание безболезненное. Со стороны половой системы жалоб не предъявляет.

## **Для постановки диагноза инструментальными методами обследования будут**

- 1-3 месяца
- 3 месяца в течение 2 лет
- 6 месяцев
- 3-6 месяцев

## **Результаты инструментальных методов обследования**

## **Для постановки диагноза дополнительным инструментальным методом обследования можно считать**

- 1-3 месяца
- 3 месяца в течение 2 лет
- 6 месяцев
- 3-6 месяцев

### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- 1-3 месяца
- 3 месяца в течение 2 лет
- 6 месяцев
- 3-6 месяцев

### **Диагноз**

#### **Пациентке рекомендована консультация**

- терапевта
- нейрохирурга
- психиатра
- кардиолога

#### **Первым этапом лечения у данной пациентки показано**

- проведение радиотерапии
- комбинированное химиолучевое лечение
- выполнение химиотерапии
- микрохирургическое удаление опухоли

#### **Для минимизации осложнений операции и достижения положительных результатов интраоперационно применяется**

- компьютерная томография с целью определения границ объемного образования
- нейрофизиологический мониторинг двигательных путей левого полушария головного мозга
- УЗ-навигация
- ангиография

#### **Наиболее предпочтительным хирургическим доступом при объемных образованиях островковой доли является**

- эндоскопический трансназальный доступ
- субвисочный доступ слева

- субфронтальный доступ слева
- птериональный доступ слева

**Основной риск развития гемипареза у данной больной связан с повреждением**

- задней мозговой артерии
- сильвиевой вены
- артерии Гюбнера
- лентикулостриарных артерий

**В послеоперационном периоде после удаления опухоли головного мозга рекомендовано выполнение КТ с контрастированием и без него и/или МРТ с контрастным усилением и без него в течение**

- 0-12 часов
- 72-96 часов
- 24-72 часов
- 96-120 часов

**Обязательно в послеоперационном периоде у данной пациентки назначение**

- диуретиков
- антиаритмических препаратов
- антиконвульсантов
- гипотензивных препаратов

**В целях предоперационной подготовки, для снижения риска периоперационного кровотечения показана отмена препаратов из группы**

- гипотензивных препаратов
- антиаритмических препаратов
- диуретиков
- НПВП за 5–7 суток до операции

**В случаях, когда МРТ головного мозга не может быть выполнена (например, при наличии кардиостимуляторов или ферромагнитных имплантов) рекомендовано проведение**

- гипотензивных препаратов
- антиаритмических препаратов
- диуретиков
- НПВП за 5–7 суток до операции



## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациентка 42 года обратилась к врачу-неврологу.

### Жалобы

На приступы утраты сознания с судорогами в руках и ногах в ночные часы.

### Анамнез заболевания

За последние 2 месяца отмечалось 2 ночных эпилептических приступа. Также имеются фокальные приступы в виде обонятельных галлюцинаций и нарушений зрения.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту и полу.

Хронические заболевания: отрицает.

### Объективный статус

Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,8°C. В лёгких дыхание жесткое, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД = 17/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС = 76 уд в мин, АД= 125/85 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Ориентирована в месте, времени, собственной личности. Критика сохранена.

Менингеальный синдром: Отсутствует

Черепные нервы: 1-й: Обоняние не нарушено

2-й: При ориентировочном исследовании поля зрения не сужены. Зрачки D=S

3,4,6-й: Движения глаз не ограничены

5-й: Чувствительность на лице не нарушена

7-й: Нарушение иннервации мимической мускулатуры не выявлено

8-й: Слух по шкале Гарднера-Робертсона полезный. Равновесие не нарушено.

9,10-й: Глотание, фонация не нарушены

11-й: Плечи поднимает, голову поворачивает

12-й: Язык по средней линии

Чувствительность на теле и конечностях: Объективных признаков нарушения чувствительности не выявлено

Оценки мышечной силы конечностей:

- правая рука 5 левая рука 5

- правая нога 5 левая нога 5

Движения в конечностях: В полном объёме

Походка: Не нарушена  
Координаторные пробы:  
ПНП: с интенцией  
Поза Ромберга: стоит напряженно  
Сухожильные рефлексy D=S

**Лабораторным методом обследования необходимым для постановки диагноза является**

- гипотензивных препаратов
- антиаритмических препаратов
- диуретиков
- НПВП за 5–7 суток до операции

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Инструментальными методами обследования необходимыми для постановки диагноза являются**

- гипотензивных препаратов
- антиаритмических препаратов
- диуретиков
- НПВП за 5–7 суток до операции

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- гипотензивных препаратов
- антиаритмических препаратов
- диуретиков
- НПВП за 5–7 суток до операции

**Диагноз**

**Пациентке рекомендована консультация**

- врача-нейрохирурга
- психиатра
- терапевта
- кардиолога

**Лечение проводится в**

- неврологическом отделении с круглосуточным наблюдением эпилептолога
- психиатрическом стационаре
- поликлинике
- специализированном нейрохирургическом учреждении

#### **В лечении пациента принимает участие**

- врач-нейрохирург
- врач эпилептолог
- «нейроонкологическая команда» с участием врачей-нейрохирургов, врачей-радиологов, врачей-онкологов
- врач-невролог

#### **Оптимальным объемом лечения в этом случае будет**

- хирургическое удаление опухоли с последующим проведением химиолучевой терапии в зависимости от гистологического диагноза
- химиотерапия без верификации диагноза
- стереотаксическая биопсия опухоли с последующей лучевой терапией
- противосудорожная терапия и наблюдение

#### **В случае радикального удаления опухоли и гистологического диагноза диффузная глиома Grade II рекомендовано**

- проведение химиолучевой терапии
- проведение лучевой терапия
- динамическое наблюдение пациента
- проведение химиотерапии

#### **В случае предполагаемого проведения химиотерапии рекомендуемым антиконвульсантом является**

- дифенин
- фенобарбитал
- карбамазепин
- леветирацетам

#### **С целью диспансерного наблюдения рекомендуется регулярное выполнение**

- ПЭТ-КТ головного мозга
- МРТ головного мозга (в трех проекциях в стандартных режимах – T1, T2, FLAIR, T1 + контраст)
- ЭЭГ головного мозга
- КТ головного мозга

**У пациентов с глиомами grade I-II после операции рекомендуется производить МРТ головного мозга каждые**

- 3-6 месяцев
- 2-3 месяца
- 1-2 месяца
- 6-12 месяцев

**У пациентов с глиомами grade III-IV после операции рекомендуется производить МРТ головного мозга каждые**

- 3-6 месяцев
- 2-3 месяца
- 1-2 месяца
- 6-12 месяцев

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 46 лет обратилась к врачу-неврологу.

### **Жалобы**

На частые генерализованные эпилептические приступы.

### **Анамнез заболевания**

Болеет в течение 6 месяцев. Заболевание манифестировало с эпилептического приступа. Противосудорожную терапию не получает. Частота приступов 2 раза в месяц.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась соответственно возрасту и полу.  
Хронические заболевания: отрицает.

### **Объективный статус**

Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,8°. В лёгких дыхание жесткое, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД = 17/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС = 76 уд в мин, АД= 125/85 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус:

Ориентирована в месте, времени, собственной личности. Критика сохранена.

Менингеальный синдром: Отсутствует

Черепные нервы:1-й: Обоняние не нарушено

2-й: При ориентировочном исследовании поля зрения не сужены. Зрачки D=S  
3,4,6-й: Движения глаз не ограничены  
5-й: Чувствительность на лице не нарушена  
7-й: Нарушение иннервации мимической мускулатуры не выявлено  
8-й: Слух по шкале Гарднера-Робертсона полезный. Равновесие не нарушено.  
9,10-й: Глотание, фонация не нарушены  
11-й: Плечи поднимает, голову поворачивает  
12-й: Язык по средней линии  
Чувствительность на теле и конечностях: Объективных признаков нарушения чувствительности не выявлено  
Оценки мышечной силы конечностей:  
правая рука 5 левая рука 5  
правая нога 5 левая нога 5  
Движения в конечностях: В полном объёме  
Походка: Не нарушена  
Координаторные пробы:  
ПНП: с интенцией  
Поза Ромберга: стоит напряженно  
Сухожильные рефлексы D=S

**Лабораторным методом обследования необходимым для постановки предварительного диагноза является**

- 3-6 месяцев
- 2-3 месяца
- 1-2 месяца
- 6-12 месяцев

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Инструментальными рекомендованными методами обследования для постановки диагноза являются**

- 3-6 месяцев
- 2-3 месяца
- 1-2 месяца
- 6-12 месяцев

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- 3-6 месяцев

- 2-3 месяца
- 1-2 месяца
- 6-12 месяцев

## **Диагноз**

**При КТ головного мозга определяются многоочаговая кальцификация в проекции гиперинтенсивного сигнала на T2 изображениях МРТ головного мозга, наиболее вероятный гистологический диагноз будет**

- глиобластома
- менингиома
- олигодендроглиома
- диффузная Low-grade глиома

**В лечении пациента принимает участие**

- врач-нейрохирург
- врач эпилептолог
- врач-невролог
- «нейроонкологическая команда» с участием врача-нейрохирурга, врача-радиолога, врача-онколога

**Во время операции необходимо использовать**

- картирование речевых зон
- картирование моторной коры
- интраоперационное КТ
- исследование сомато-сенсорных вызванных потенциалов

**Оптимальным объемом операции в этом случае будет**

- тотальное удаление опухоли
- парциальное удаление опухоли из премоторной зоны
- стереотаксическая биопсия опухоли
- парциальное удаление опухоли из моторной коры

**В случае гистологического диагноза анапластической олигодендроглиомы в послеоперационном периоде рекомендовано проведение**

- химиотерапии
- лучевой терапии
- динамического наблюдения
- химиолучевой терапии

**В случае предполагаемого проведения химиотерапии рекомендуемым антиконвульсантом является**

- леветирацетам
- карбамазепин
- дифенин
- фенобарбитал

**С целью диспансерного наблюдения рекомендуется регулярное выполнение**

- ЭЭГ головного мозга
- ПЭТ-КТ головного мозга
- МРТ головного мозга (в трех проекциях в стандартных режимах – T1, T2, FLAIR, T1 {plus} контраст)
- КТ головного мозга

**С глиомами grade I-II после операции рекомендуется производить МРТ головного мозга каждые + \_\_\_\_\_ + месяца/месяцев**

- 3-6
- 1-2
- 6-12
- 2-3

**У пациентов с глиомами grade III-IV после операции рекомендуется производить МРТ головного мозга каждые**

- 3-6
- 1-2
- 6-12
- 2-3

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациента 70 лет беспокоят периодические головные боли в лобной области.

### **Жалобы**

На периодические головные боли в лобной области, плохо купирующиеся приемом анальгетиков.

### **Анамнез заболевания**

Периодические головные боли беспокоят в течение многих лет, несколько раз

за это время пациент отмечал подъёмы артериального давления до 170/100 мм рт. ст. Регулярно пациент артериальное давление не измеряет.

### **Анамнез жизни**

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Гемотрансмиссивными инфекциями не болел. Туберкулезом не болел. Работающий пенсионер, инженер.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Артериальное давление 160/90 мм Нг. ЧСС 85 ударов в мин. Мочеиспускание безболезненное. Со стороны половой системы жалоб не предъявляет.

### **Инструментальным методом обследования необходимым для постановки диагноза является**

- 3-6
- 1-2
- 6-12
- 2-3

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Для уточнения диагноза также может понадобиться проведение**

- 3-6
- 1-2
- 6-12
- 2-3

### **Результаты обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом будет**

- 3-6
- 1-2
- 6-12
- 2-3

### **Диагноз**

### **Пациенту рекомендована консультация**



- нейрохирурга
- психиатра
- эпилептолога
- эндокринолога

**Первым этапом лечения у данного пациента показано**

- микрохирургическое удаление опухоли
- наблюдение
- назначение инъекционных антикоагулянтов
- проведение стереотаксической биопсии

**Перед оперативным вмешательством рекомендуется консультация и осмотр**

- офтальмолога
- гастроэнтеролога
- пульмонолога
- психиатра

**Оптимальным нейрохирургическим доступом будет**

- трансназальный
- птериональный слева
- субфронтальный слева
- затылочный межполушарный справа

**Основной риск развития верхнеквадрантной гомонимной гемианопсии у данного больного связан с повреждением**

- петли Мейера
- коленчатого тела
- амигдалы
- передней хориоидальной артерии

**Основной риск развития гемипареза у данного больного связан с повреждением**

- средней оболочечной артерии
- задней мозговой артерии
- артерии Гюбнера
- лентикулостриарных артерий

**Данному больному показано назначение**

- антидепрессантов

- антиконвульсантов
- препаратов мочевой кислоты
- гипотензивных препаратов

**В послеоперационном периоде после удаления опухоли головного мозга рекомендовано выполнение КТ головного мозга с контрастированием и без него и/или МРТ с контрастным усилением и без него в течение**

- не ранее, чем 120 часов
- 96-120 часов
- 24-72 часов
- 72-96 часов

**При гистологическом диагнозе диффузная астроцитома и субтотальном удалении опухоли, следует рассмотреть проведение в послеоперационном периоде данной пациентке**

- не ранее, чем 120 часов
- 96-120 часов
- 24-72 часов
- 72-96 часов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 52 лет обратилась к врачу-неврологу по месту жительства.

### **Жалобы**

На снижение памяти на недавние события, периодические головные боли давящего характера.

### **Анамнез заболевания**

Два месяца назад пациентка начала отмечать снижение памяти. Сначала не придавала этому значения, связывала с повышенной утомляемостью, однако в динамике симптоматика начала усугубляться. Месяц назад произошел однократный генерализованный судорожный приступ. После приступа стала отмечать головные боли давящего характера не купируемые приёмом анальгетиков

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В развитии от сверстников не отставала. Гемотрансмиссивными инфекциями не болела. Сопутствующие

заболевания – отрицает. Аллергии на медикаментозные препараты нет. Наследственный анамнез по онкологическим заболеваниям не отягощён.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под правого края реберной дуги. Симптом Ортнера отрицательный. Селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Дизурических расстройств нет.

Менингеальный синдром: Отсутствует. Черепные нервы – без патологии.

Активные и пассивные движения во всех конечностях в полном объеме.

Периодический тремор пальцев рук. Мышечный тонус обычный, сухожильные рефлексы резко оживлены с рук и ног. Чувствительность на теле и конечностях не изменена. Координаторные пробы выполняет не уверенно, отмечается мимопопадание в пальце-носовой пробе с двух сторон, в позе Ромберга стоит напряженно.

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- не ранее, чем 120 часов
- 96-120 часов
- 24-72 часов
- 72-96 часов

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Необходимым для постановки диагноза дополнительным инструментальным методом обследования считается**

- не ранее, чем 120 часов
- 96-120 часов
- 24-72 часов
- 72-96 часов

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемый основной диагноз у данного пациента**

- не ранее, чем 120 часов
- 96-120 часов

- 24-72 часов
- 72-96 часов

## **Диагноз**

### **Пациентке рекомендована консультация**

- терапевта
- кардиолога
- нейрохирурга
- психиатра

### **Первым этапом лечения у данной пациентки показано**

- выполнение химиотерапии
- комбинированное адъювантное лечение
- проведение радиотерапии
- микрохирургическое удаление опухоли

### **Для минимизации осложнений операции и достижения положительных результатов интраоперационно применяется**

- нейрофизиологический мониторинг двигательных путей обоих полушарий головного мозга
- ангиография
- УЗ-навигация
- компьютерная томограмма с контрастированием

### **Наиболее предпочтительным хирургическим доступом при объемных образованиях задних отделов мозолистого тела является**

- птериональный доступ
- инфратенториальный доступ
- межполушарный доступ
- субвисочный доступ

### **В послеоперационном периоде после удаления опухоли головного мозга рекомендовано выполнение КТ с контрастированием и без него и/или МРТ с контрастным усилением и без него в течение**

- 24-72 часов
- 72-96 часов
- более 120 часов
- 96-120 часов

### У данной пациентки в послеоперационном периоде обязателен прием

- антиконвульсантов
- антиаритмических препаратов
- диуретиков
- гипотензивных препаратов

### При наличии у пациентки неврологического дефицита в послеоперационном периоде рекомендован прием

- антиаритмических препаратов
- гипотензивных препаратов
- глюкокортикостероидов
- антиконвульсантов

### Одновременно с кортикостероидной терапией необходимо использовать

- гипотензивные препараты
- гепатопротекторы
- диуретики
- гастропротекторы

### При гистологическом диагнозе глиобластома и субтотальном удалении опухоли следует рассмотреть проведение в послеоперационном периоде данному пациенту

- гипотензивные препараты
- гепатопротекторы
- диуретики
- гастропротекторы

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 56 лет обратился к неврологу в поликлинику по месту жительства.

### **Жалобы**

Головные боли, головокружение, тошнота, рвота, нарушение памяти, шаткость при ходьбе.

### **Анамнез заболевания**

В начале месяца супруга пациента отметила изменение в поведении больного (снижение эмоций, апатию, забывчивость). Самостоятельно выполнили МРТ головного мозга без контраста – снимки не предоставлены. В динамике, к

вышеуказанной симптоматике присоединилась тошнота, однократный эпизод рвоты, нарушение походки в виде шаткости.

### **Анамнез жизни**

Женат, работает начальником склада. Особо опасные инфекции отрицательные. Нарушение толерантности к глюкозе. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 3. Аллергии на медикаментозные препараты нет. Операций не производилось. Переливания крови и её компонентов не проводилось.

### **Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Соматически пациент стабилен. Кожа и видимые слизистые чистые, без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД = 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 135/85 мм рт. ст. Пульс - 81 в мин, удовлетворительных качеств. Живот мягкий, безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации. Селезёнка не пальпируется. Стул оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, в памперс.

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- гипотензивные препараты
- гепатопротекторы
- диуретики
- гастропротекторы

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Необходимым дополнительным инструментальным методом обследования считается**

- гипотензивные препараты
- гепатопротекторы
- диуретики
- гастропротекторы

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемый основной диагноз у данного пациента**

- гипотензивные препараты
- гепатопротекторы
- диуретики

- гастропротекторы

## **Диагноз**

### **Пациенту рекомендована консультация**

- гастроэнтеролога
- терапевта
- психиатра
- нейрохирурга

### **Первым этапом лечения у данного пациента показано**

- комбинированное адъювантное лечение
- выполнение радиотерапии
- микрохирургическое удаление опухоли
- проведение химиотерапии

### **При невозможности проведения пациенту МРТ головного мозга, из инструментальных методов исследования рекомендовано выполнение**

- компьютерной томограммы головного мозга с контрастным усилением и без него
- сонографии
- ангиографии
- электроэнцефалография

### **Для оценки признаков внутричерепной гипертензии у пациентов с опухолями головного мозга необходима консультация**

- фтизиатра
- офтальмолога
- сосудистого хирурга
- психиатра

### **В послеоперационном периоде после удаления опухоли головного мозга рекомендовано выполнение КТ с контрастированием и без него и/или МРТ с контрастным усилением и без него в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 24-72
- 96-120
- более 120
- 72-96

**В послеоперационного течения заболевания рекомендовано проведение лучевой терапии при злокачественных новообразованиях головного мозга в сроки до + \_\_\_\_\_ + недель**

- 30
- 12
- 6
- 15

**Показания и схемы лечения противоопухолевой лекарственной терапии у пациентов с опухолями головного мозга определяются на основании**

- неврологического статуса
- радикальности удаления
- индекса Карновского
- гистологического диагноза

**В целях предоперационной подготовки, для снижения риска периоперационного кровотечения показана отмена лекарств из группы**

- антиаритмических препаратов
- НПВП за 5–7 суток до операции
- гипотензивных препаратов
- гепатопротекторов

**После оперативного вмешательства рекомендовано восстановления приёма низкомолекулярных гепаринов при постоянном использовании пациентом антикоагулянтов/антиагрегантов в сроки до**

- антиаритмических препаратов
- НПВП за 5–7 суток до операции
- гипотензивных препаратов
- гепатопротекторов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 45 лет обратилась к неврологу по месту жительства.

### **Жалобы**

На головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе, забывчивость.

### **Анамнез заболевания**

Около месяца назад у пациентки внезапно возникло нарушение сознания, без



судорожного приступа. В самочувствии после восстановления сознания можно отметить следующее: в течение последнего месяца были эпизоды нарушения фиксационной амнезии, а в настоящее время эти явления narosли. В динамике, к вышеуказанной симптоматике, присоединились головные боли, головокружение.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В развитии от сверстников не отставала. Гемотрансмиссивными инфекциями не болела. Аллергии на медикаментозные препараты нет. Наследственный анамнез по онкологическим заболеваниям не отягощён. Сопутствующие заболевания – хронический холецистит.

### **Объективный статус**

Соматически пациентка стабильна. Кожа и видимые слизистые чистые, умеренной влажности, бледно-розовые. Умеренного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД = 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 78 в мин, удовлетворительных качеств. АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации. Селезёнка не пальпируется. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное.

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- антиаритмических препаратов
- НПВП за 5–7 суток до операции
- гипотензивных препаратов
- гепатопротекторов

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Необходимым для постановки диагноза дополнительным инструментальным методом обследования считается**

- антиаритмических препаратов
- НПВП за 5–7 суток до операции
- гипотензивных препаратов
- гепатопротекторов

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом будет**

- антиаритмических препаратов
- НПВП за 5–7 суток до операции
- гипотензивных препаратов
- гепатопротекторов

## **Диагноз**

### **Пациентке рекомендована консультация**

- кардиолога
- фтизиатра
- нейрохирурга
- терапевта

### **Первым этапом лечения у данной пациентки показано**

- проведение радиотерапии
- комбинированное адъювантное лечение
- микрохирургическое удаление опухоли
- симптоматическая терапия

### **Для минимизации осложнений операции и достижения положительных результатов интраоперационно применяется**

- компьютерная томограмма
- УЗ-навигация
- ангиография
- нейрофизиологический мониторинг двигательных путей обоих полушарий головного мозга

### **Наиболее предпочтительным хирургическим доступом при объемных образованиях передних отделов мозолистого тела является + \_\_\_\_\_ + доступ**

- субвисочный
- субфронтальный
- межполушарный
- птериональный

### **В послеоперационном периоде при проведении лучевой терапии разовая очаговая доза в режиме стандартного фракционирования равна + \_\_\_\_\_ + Гр**

- более 10
- 5,8 – 8,4
- 2,4-5,6
- 1,8-2,2

**При наличии у пациентки признаков отека головного мозга (спутанность сознания, выраженная головная боль, тошнота, рвота) рекомендован прием**

- глюкокортикостероидов
- антиаритмических препаратов
- противовирусных препаратов
- гипотензивных препаратов

**При наличии у пациентки дислокации и выраженном отеке головного мозга рекомендован прием**

- антиаритмических препаратов
- диуретиков
- антиконвульсантов
- гипотензивных препаратов

**У пациентов без истории эпилептических приступов назначение антиконвульсантов**

- не рекомендовано
- рекомендовано, при приеме глюкокортикостероидной терапии
- рекомендовано, при наличии объемного образования в головном мозге
- рекомендовано

**При выявлении в процессе лекарственной терапии тромбозов вен нижних конечностей у пациентов с опухолями головного мозга рекомендовано начала терапии**

- не рекомендовано
- рекомендовано, при приеме глюкокортикостероидной терапии
- рекомендовано, при наличии объемного образования в головном мозге
- рекомендовано

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 25 лет обратилась к врачу-неврологу.

### **Жалобы**

На эпилептические приступы без потери сознания, которым предшествует аура страха, тревоги.

### **Анамнез заболевания**

В возрасте 15 лет впервые возник фокальный эпилептический приступ в виде замирания, автоматизмы кистевые, периодически приступу предшествовал

страх и тревога. Средняя продолжительность такого приступа – 2 мин. Пароксизмы возникали с частотой 1-2 раза в месяц. Была назначена противосудорожная терапия: финлепсин ретард 400 мг 2 раза в день. Кеппра 500 мг- 2 раза в день. В дальнейшем приступы не беспокоили. Инструментальные обследования не проводились. Около 5 месяцев назад отметила учащение приступов до нескольких раз в сутки, стала плохо спать по ночам (по несколько раз за ночь просыпалась от сильного немотивированного страха и затруднения дыхания, сопровождаемого вегетативными проявлениями — выраженным сердцебиением, потоотделением, резкой тошнотой).

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В развитии от сверстников не отставала. В детстве переболела ветрянкой. В школе и университете училась хорошо. Вредные привычки отрицает. Гемотрансмиссивными инфекциями не болела. Сопутствующие заболевания – отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственный анамнез по онкологическим заболеваниям отягощен (бабушка страдала раком молочной железы)

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. ЧСС 75 ударов в мин. Мочеиспускание безболезненное. Со стороны половой системы жалоб не предъявляет.

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- не рекомендовано
- рекомендовано, при приёме глюкокортикостероидной терапии
- рекомендовано, при наличии объёмного образования в головном мозге
- рекомендовано

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Необходимым для постановки диагноза дополнительным инструментальным методом обследования считается**

- не рекомендовано
- рекомендовано, при приёме глюкокортикостероидной терапии
- рекомендовано, при наличии объёмного образования в головном мозге

- рекомендовано

## **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- не рекомендовано
- рекомендовано, при приёме глюкокортикостероидной терапии
- рекомендовано, при наличии объёмного образования в головном мозге
- рекомендовано

## **Диагноз**

### **Пациентке рекомендована консультация**

- психиатра
- кардиолога
- нейрохирурга
- терапевта

### **Первым этапом лечения у данной пациентки показано**

- выполнение химиотерапии
- проведение радиотерапии
- комбинированное химиолучевое лечение
- микрохирургическое удаление объёмного образования

### **Для минимизации осложнений операции и достижения положительных результатов интраоперационно применяется**

- нейрофизиологический мониторинг двигательных путей левого полушария головного мозга
- КТ
- ангиография
- УЗ-навигация

### **Наиболее предпочтительным хирургическим доступом при объёмных образованиях островковой доли является**

- субвисочный доступ слева
- птериональный доступ слева
- субфронтальный доступ слева
- эндоскопический трансназальный доступ

**Основной риск развития гемипареза у данной больной связан с повреждением**

- задней мозговой артерии
- синусной вены
- лентикюлостриарных артерий
- артерии Гюбнера

**В послеоперационном периоде после удаления опухоли головного мозга рекомендовано выполнение КТ с контрастированием и без него и/или МРТ с контрастным усилением и без него в течение +                    + часов**

- 96-120
- 0-12
- 24-72
- 72-96

**У данной пациентки обязательно в послеоперационном периоде назначение**

- антиконвульсантов
- диуретиков
- антиаритмических препаратов
- гипотензивных препаратов

**В целях предоперационной подготовки, для снижения риска периоперационного кровотечения показана отмена препаратов из группы**

- диуретиков
- антиаритмических
- гипотензивных
- НПВП за 5–7 суток до операции

**В случаях, когда МРТ головного мозга не может быть выполнена (например, при наличии кардиостимуляторов или ферромагнитных имплантов), рекомендовано проведение**

- диуретиков
- антиаритмических
- гипотензивных
- НПВП за 5–7 суток до операции

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Мужчина 62 лет доставлен в шоковый зал реанимационного отделения бригадой скорой медицинской помощи.

## **Жалобы**

Активно не предъявляет по тяжести состояния.

## **Анамнез заболевания**

Из записи в сопроводительном листе - травму получил в результате наезда автобуса; потеря сознания с момента травмы. Транспортирован бригадой СМП в клинику, госпитализирован в шоковый зал.

## **Анамнез жизни**

Неизвестен.

## **Объективный статус**

Состояние тяжелое

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Дыхание – спонтанное, нерегулярное, везикулярное, ослаблено в задне-базальных отделах справа. Выслушиваются рассеянные проводные хрипы. ЧДД 15/мин. Гемодинамика без вазопрессорной поддержки: ЧСС 110/мин, АД 80/40 мм рт. ст. Живот обычной формы, не увеличен в размерах. Мягкий, доступен пальпации во всех отделах.

Неврологический статус: Уровень сознания – кома 1 (8 баллов по ШКГ).

Неразбудимость. Веки опущены. Зрачки средней величины D=S, реакция зрачков на свет сохранена, снижена, симметричная, окулоцефалический рефлекс отсутствует, корнеальный рефлекс снижен слева, справа в норме, лицо симметрично. Реакция на боль в виде некоординированных защитных двигательных реакций. Брюшные рефлексы угнетены. Рефлексы орального автоматизма, патологические стопные знаки, менингеальные знаки положительные.

Местно: ушибы мягких тканей лица справа, грудной клетки. Выделение прозрачной жидкости из правого слухового прохода.

**Учитывая тяжесть состояния пациента, перед дальнейшим обследованием пациента для профилактики вторичных повреждений пациенту необходимо выполнить**

- установку датчика внутричерепного давления
- интубацию трахеи
- лапароцентез для исключения внутрибрюшного кровотечения
- катетеризацию мочевого пузыря для контроля диуреза

**Учитывая механизм получения травмы после стабилизации состояния для определения тактики лечения пациенту необходимо выполнить**

- установку датчика внутричерепного давления
- интубацию трахеи
- лапароцентез для исключения внутрибрюшного кровотечения
- катетеризацию мочевого пузыря для контроля диуреза

**Результаты обследования**

**К необходимым в данной ситуации лабораторным исследованиям относят**

- установку датчика внутричерепного давления
- интубацию трахеи
- лапароцентез для исключения внутрибрюшного кровотечения
- катетеризацию мочевого пузыря для контроля диуреза

**Результаты лабораторных исследований**

**Предполагаемый основной диагноз**

- установку датчика внутричерепного давления
- интубацию трахеи
- лапароцентез для исключения внутрибрюшного кровотечения
- катетеризацию мочевого пузыря для контроля диуреза

**Диагноз**

**Для адекватной оценки лечения пациента необходимо проводить**

- люмбальное дренирование для измерения давления ликвора
- мониторинг внутричерепного давления
- компьютерную томографию головы в динамике каждые 12 часов
- оценку неврологического статуса каждый час

**При отеке головного мозга, умеренной артериальной гипертензии с использованием катехоламинов и инфузионных растворов необходимо обеспечивать поддержание целевых значений ЦПД в диапазоне + \_\_\_\_\_ +  
мм рт. ст**

- 20-30
- 40-50
- 60-70
- 30-40



**На фоне проводимой интенсивной терапии отмечено нарастание внутричерепного давления (более 20 мм рт. ст.), угнетения уровня сознания, появление и нарастание дислокационной симптоматики. Для диагностики отсроченных внутричерепных гематом необходимо выполнить**

- 20-30
- 40-50
- 60-70
- 30-40

**Результаты обследования**

**Учитывая в динамике клинические данные и КТ-картину, тактикой лечения данного пациента является**

- усиление гипервентиляции до целевого значения  $PaCO_2 \sim 25$  мм рт. ст
- оперативное вмешательство
- проведение умеренной гипотермии до  $34^{\circ}C$
- усиление терапии высокими дозами барбитуратов

**Операцией выбора у представляемого пострадавшего является**

- экономная односторонняя (слева) резекционная трепанация черепа с удалением очагов ушиба/размозжения мозга и травматических внутричерепных гематомы, пластика ТМО
- экономная двусторонняя резекционная трепанация черепа с удалением очагов ушиба/размозжения мозга и травматических внутричерепных гематомы без пластики ТМО
- двусторонняя декомпрессивная трепанация черепа с удалением очагов ушиба/размозжения мозга и травматических внутричерепных гематомы, пластика ТМО
- двусторонняя костно-пластическая трепанации черепа с удалением очагов ушиба/размозжения мозга и травматических внутричерепных гематом

**Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данного пациента**

- не желательна
- обязательна
- возможна, но не обязательна
- возможна, но не желательна

У пострадавших в коме с травматическими внутримозговыми гематомами и очагами ушиба головного мозга хирургическое лечение проводят при превышении общего объема очага ушиба, начиная с +            + см<sup>3</sup>

- 70
- 50
- 90
- 110

Абсолютным противопоказанием к применению локального фибринолиза являются выраженные нарушения функции

- 70
- 50
- 90
- 110

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина, 25 лет, находится в ОРИТ.

### **Жалобы**

На головную боль, преимущественно в затылочной области.

### **Анамнез заболевания**

Со слов родственников и по данным медицинской документации, 24.08.2018 получил закрытую черепно-мозговую травму (упал с высоты собственного роста на спину, ударился затылком об асфальт). В последующем отмечалась давящая нарастающая головная боль, однократный эпизод рвоты. Госпитализирован бригадой Скорой медицинской помощи в клинику для обследования и лечения.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* учащийся (студент)
- \* аллергических реакций не было
- \* семейный анамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Астенического телосложения, умеренного питания. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания Лимфатическая система

без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС - 72 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет.

Мочеиспускание, стул в норме.

Состояние удовлетворительное. При обращении вступает в контакт, отвечает на вопросы, рассказывает о себе. Доступен осмотру, выполняет, осмысляет инструкции. Сознание соответствует умеренному оглушению. ШКГ 14 баллов.

Правильно ориентирован в личной и окружающей ситуации, нарушена во времени и месте. Память снижена на предшествующие события (не помнит обстоятельств травмы). Внимание снижено. Речь не нарушена. Критика сохранена. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. При

ориентировочном исследовании сужения или выпадения полей зрения не отмечается. Фотореакции удовлетворительные. Зрачки равны. Глазные щели равны. Спонтанного нистагма нет. Корнеальные рефлексы вызываются с 2-х сторон. Глазодвигательных нарушений нет. Чувствительность на лице не

изменена. Лицо симметрично в покое и при мимике. Глотание свободно. Фонация не нарушена. Поворачивает голову, поднимает надплечья свободно. Язык по средней линии. Объём движений в конечностях не снижен, мышечная

сила во всех конечностях достаточная. Мышечный тонус сохранён. Сухожильные рефлексы живые с обеих сторон. Патологических рефлексов нет. Чувствительность на конечностях не нарушена. Координаторные пробы:

пальценосовую пробу выполняет с интенцией, в позе Ромберга стоит напряженно. Легкий вестибулоатактический синдром. Экстрапирамидных расстройств (повышения тонуса мышц по пластическому типу, гиперкинезов, нарушений мимики и др.) нет. Симптом Ласега отрицательный с обеих сторон.

Синдром Брагарда отрицательный с обеих сторон.

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- 70
- 50
- 90
- 110

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Для уточнения диагноза необходимо провести**

- 70
- 50
- 90

- 110

## **Результаты обследования**

### **В диагностике пациентов с легкой черепно-мозговой травмой крайне важен**

- семейный травматический анамнез
- факт потери сознания
- аллергологический анамнез
- анамнез вредных привычек

### **В данном случае диагноз звучит как**

- семейный травматический анамнез
- факт потери сознания
- аллергологический анамнез
- анамнез вредных привычек

## **Диагноз**

### **У данного пациента фактором риска, обуславливающим необходимость проведения компьютерного томографии, является**

- рвота
- головная боль
- факт падения
- возраст

### **У данного пациента неврологическое обследование должно проводиться каждые**

- 8 часов
- 4 часа
- 30 мин
- 2 часа

### **При выявлении нарушений в неврологическом статусе пациента следует использовать**

- люмбальную пункцию
- ангиографию сосудов головного мозга
- рентгенографию черепа
- компьютерную томографию

**Подтверждению диагноза у данного пациента будет способствовать исчезновение неврологическим симптомов через +                    + суток**

- 5-7
- 3-5
- 9-12
- 7-9

**Фактором, обуславливающим необходимость госпитализации у данного пациента, является**

- возраст
- факт падения
- головная боль
- ШКГ 14 баллов

**Назначение противосудорожных препаратов у данного пациента**

- рекомендовано в качестве опции
- не показано
- показано
- рекомендовано в более позднем периоде

**У данного пациента необходим контроль показателей**

- общего анализа мочи
- свёртывающей системы крови
- кислотно-щелочного состояния
- биохимического анализа ликвора

**При длительном (более 7 суток) сохранении симптомов и жалоб у пациентов, отпущенных под динамическое наблюдение на дому необходимо**

- общего анализа мочи
- свёртывающей системы крови
- кислотно-щелочного состояния
- биохимического анализа ликвора

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 27 лет доставлена в шоковый зал реанимационного отделения бригадой скорой медицинской помощи.

## **Жалобы**

Не предъявляет по тяжести состояния.

## **Анамнез заболевания**

Из записи в сопроводительном листе сотрудников скорой помощи – со слов очевидцев - сбита автомобилем на пешеходном переходе; при ударе от авто пострадавшую отбросила на пешеходную дорожку, при этом она ударилась головой; за период «травма-госпитализация в стационар» отмечено угнетение сознания от умеренного оглушения до сопора. Транспортирована бригадой СМП в клинику, госпитализирована в шоковый зал.

## **Анамнез жизни**

Неизвестен.

## **Объективный статус**

Состояние тяжелое

Неврологический статус: Уровень сознания – кома 1 (ШКГ 8 балла). Глазные щели: асимметричные из-за отека век слева. Зрачки: OD<OS; фотореакция: OD - живая OS – отсутствует. Корнеальные рефлексы вызываются. Лицо:

асимметричное из-за отека мягких тканей слева. Глоточный рефлекс: сохранен.

Движения в конечностях: сохранены слева, справа сила мышц резко снижена.

Мышечный тонус: повышен справа. Диссоциация глубоких рефлексов по оси тела. Патологические стопные знаки: симптом Бабинского слева.

Менингеальная симптоматика: не определяется. Судорог не отмечено

Температура тела 36.6°C. Кожа, видимые слизистые: обычной окраски.

Дыхание: ИВЛ через оротрахеальную трубку. Аускультативно: проводится во все отделы. ЧСС 90, АД 90/70 мм рт. ст. Живот: не вздут, участвует в акте дыхания.

Пальпация живота: симптомов раздражения брюшины не выявлено.

Локальный статус: Параорбитальная гематома слева. Ссадины в области волосистой части головы слева, лица, туловища, конечностей.

## **Учитывая тяжесть состояния пациентки после первичного осмотра в качестве первоочередных мероприятий для профилактики вторичного повреждения головного мозга необходимо выполнить**

- трахеостомию с последующей искусственной вентиляцией легких
- интубацию трахеи для осуществления управляемой искусственной вентиляции легких
- торакоцентез для исключения внутригрудного кровотечения
- катетеризацию мочевого пузыря для учета диуреза

## **К первоочередным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся**

- трахеостомию с последующей искусственной вентиляцией легких
- интубацию трахеи для осуществления управляемой искусственной вентиляции легких
- торакоцентез для исключения внутригрудного кровотечения
- катетеризацию мочевого пузыря для учета диуреза

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **К необходимым в данной ситуации лабораторным исследованиям относят**

- трахеостомию с последующей искусственной вентиляцией легких
- интубацию трахеи для осуществления управляемой искусственной вентиляции легких
- торакоцентез для исключения внутригрудного кровотечения
- катетеризацию мочевого пузыря для учета диуреза

### **Результаты лабораторных исследований**

#### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- трахеостомию с последующей искусственной вентиляцией легких
- интубацию трахеи для осуществления управляемой искусственной вентиляции легких
- торакоцентез для исключения внутригрудного кровотечения
- катетеризацию мочевого пузыря для учета диуреза

### **Диагноз**

**При отеке головного мозга, умеренной артериальной гипертензии с использованием катехоламинов и инфузионных растворов необходимо обеспечивать поддержание целевых значений ЦПД в диапазоне + \_\_\_\_\_ + мм. рт. ст**

- 40-50
- 30-40
- 60-70
- 20-30

**Учитывая клинические данные и КТ-картину, тактикой лечения данного пациента является**

- проведение мониторинга внутричерепного давления с установкой датчика интравентрикулярно

- консервативная терапия в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии
- экстренное оперативное вмешательство
- консервативная терапия в условиях нейрохирургического отделения с динамическим КТ-контролем

**Вариантом оперативного вмешательства у представляемой пострадавшей с острой субдуральной гематомой может быть**

- удаление гематомы через небольшое резекционное окно без ушивания мозговой оболочки
- закрытое наружное дренирование гематомы
- удаление гематомы через трепанационное отверстие и установка наружного вентрикулярного дренажа
- трепанация черепа с удалением гематомы и пластикой мозговой оболочки

**Учитывая уровень сознания, объем гематомы, смещение срединных структур хирургическое вмешательство у пациентки по удалению гематомы должно быть выполнено в объеме**

- костно-пластической трепанации черепа с ушиванием твердой мозговой оболочки
- декомпрессивной трепанации черепа с пластикой твердой мозговой оболочки
- костно-пластической трепанации черепа без ушивания твердой мозговой оболочки
- декомпрессивной трепанации черепа с ушиванием твердой мозговой оболочки

**После удаления гематомы и проведения гемостаза с целью профилактики образования эпидуральной гематомы артериального генеза необходимо**

- выполнить активацию фибринолиза
- перевязать наружную сонную артерию
- провести системный тромболизис
- подшить ТМО по краю трепанационного дефекта к кости

**Для оценки эффективности удаления субдуральной гематомы в раннем послеоперационном периоде необходимо выполнить**

- эхоэнцефалоскопию
- компьютерную томографию головного мозга
- церебральную ангиографию



- рентгенографию черепа в двух проекциях

### **Компонентом снижения частоты инфекций области хирургического вмешательства является**

- проведение периоперационной антибиотикопрофилактики
- наложение давящей повязки на рану
- использование гемостатической губки
- наложение внутрикожного шва

### **Постоянная медикаментозная профилактика тромبوэмболических осложнений у данного пациента**

- проведение периоперационной антибиотикопрофилактики
- наложение давящей повязки на рану
- использование гемостатической губки
- наложение внутрикожного шва

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина, 50 лет, поступил в сопровождении врачебной бригады.

### **Жалобы**

Не предъявляет ввиду тяжести состояния.

### **Анамнез заболевания**

Согласно имеющейся медицинской документации, около часа назад был сбит автобусом при переходе проезжей части. При осмотре бригадой скорой помощи – контакт с пациентом отсутствует. Пациент был интубирован, начата искусственная вентиляция лёгких. Доставлен в приёмное отделение.

### **Анамнез жизни**

Данные отсутствуют.

### **Объективный статус**

При осмотре в приёмном отделении:

Состояние тяжёлое. Искусственная вентиляция лёгких через оротрахеальную трубку, аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы лёгких.

Сатурация кислорода в капиллярной крови при пульсоксиметрии – 98%.

Артериальное давление 80/50 мм рт. ст., пульс 90 уд./мин. Живот мягкий, не вздут, без реакции на пальпацию. Мочеиспускание по уретральному катетеру, макроскопически моча не изменена.

Неврологический статус: Уровень сознания – кома 1 (8 баллов по ШКГ). Зрачки

средней величины, равновеликие. Лицо симметрично, язык в полости рта по средней линии. Умеренно выраженная менингеальная симптоматика. Тетрапарез. Сухожильные рефлексы оживлены с обеих сторон. Симптом Бабинского слабо положителен справа. Тонус мышц не снижен. Местный статус – поверхностные ссадины лобной и теменной области с обеих сторон.

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- проведение периоперационной антибиотикопрофилактики
- наложение давящей повязки на рану
- использование гемостатической губки
- наложение внутрикожного шва

**Результаты лабораторных методов обследований**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- проведение периоперационной антибиотикопрофилактики
- наложение давящей повязки на рану
- использование гемостатической губки
- наложение внутрикожного шва

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- проведение периоперационной антибиотикопрофилактики
- наложение давящей повязки на рану
- использование гемостатической губки
- наложение внутрикожного шва

**Диагноз**

**Показанием к интубации трахеи у данного пациента послужило**

- снижение уровня сознания до 8 баллов по шкале комы Глазго
- аускультативная картина (жёсткое дыхание над поверхностью лёгких)
- гипотония (снижение систолического артериального давления ниже 90 мм рт. ст.)
- снижение сатурации кислорода в капиллярной крови ниже 95%

### **Оптимальной тактикой лечения у данного пациента будет**

- консервативная терапия – гипертонические растворы, искусственная гипотермия; гипервентиляция
- мониторинг внутричерепного давления с определением дальнейшей тактики в зависимости от показателей внутричерепного давления
- установка наружного вентрикулярного дренажа с целью мониторинга внутричерепного давления и дренирования ликвора
- проведение двусторонней декомпрессивной краниэктомии с удалением внутримозговых гематом; пластикой твёрдой мозговой оболочки

### **Показанием к хирургическому лечению у данного пациента является**

- наличие очагов ушиба мозга с компрессией желудочковой системы
- наличие перелома чешуи височной кости с переходом на пирамиду
- объём очагов ушиба более 50 см<sup>3</sup> с дислокацией срединных структур более 5 мм
- уровень сознания менее 8 баллов по шкале комы Глазго

### **После проведения двусторонней декомпрессивной краниэктомии с удалением внутримозговых гематом, пластикой твёрдой мозговой оболочки, показанием к мониторингу внутричерепного давления у данного пациента является 8 баллов по ШКГ и**

- наличие очагов ушиба и субдуральной гематомы по данным компьютерной томографии
- проведение искусственной вентиляции лёгких
- эпизоды снижения систолического артериального давления ниже 90 мм рт. ст
- возраст пациента более 40 лет

### **При продолжении искусственной вентиляции лёгких у данного пациента более 5 суток необходимо**

- начать антибактериальную терапию для профилактики пневмонии
- произвести замену интубационной трубки
- выполнить компьютерную томографию грудной клетки
- выполнить трахеостомию

### **«Порогом» значения внутричерепного давления для начала коррекции внутричерепной гипертензии является +        + мм рт. ст**

- 15
- 30

- 25
- 20

**Наиболее частым осложнением терапии гипертоническими растворами является**

- острая надпочечниковая недостаточность
- острая почечная недостаточность
- кетоацидотическая кома
- респираторный дистресс-синдром

**Наиболее точным способом мониторинга внутричерепного давления является**

- измерение люмбального давления ликвора
- установка паренхиматозного датчика
- измерение вентрикулярного давления (наружный вентрикулярный дренаж)
- установка субдурального датчика

**Искусственная гипотермия способствует снижению внутричерепного давления за счёт**

- измерение люмбального давления ликвора
- установка паренхиматозного датчика
- измерение вентрикулярного давления (наружный вентрикулярный дренаж)
- установка субдурального датчика

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина, 14 лет, доставлен в шоковый зал реанимационного отделения бригадой скорой медицинской помощи.

### **Жалобы**

Не предъявляет по тяжести состояния.

### **Анамнез заболевания**

Из представленной медицинской документации известно, что пациент пострадал в результате ДТП.

Госпитализирован для обследования и дальнейшего лечения.

## **Анамнез жизни**

Неизвестен, собрать анамнез не представляется возможным по причине тяжелого состояния больного.

## **Объективный статус**

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание самостоятельное, через естественные дыхательные пути. Гемодинамика без вазопрессорной поддержки. Частота сердечных сокращений 115 уд/мин, АД 70/50 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах.

Неврологический статус: Уровень сознания – кома 3 (ШКГ 3 балла).

Лежит на спине в пассивной позе с закрытыми глазами, на боль реакции нет.

При пассивном открывании век легкое сходящееся косоглазие, зрачки средних размеров, округлой формы, D=S=2 мм, фотореакции минимальные, корнеальный рефлекс снижен (слабее слева), ресничный рефлекс слева снижен, справа отсутствует, ОЦР горизонтальный ослаблен, но получен, рефлекторный взор вверх отсутствует, кашлевой рефлекс ослаблен. Язык в полости рта, оротрахеальная интубация.

Сухожильные рефлексы снижены, вызываются в верхних и нижних конечностях, без четкой разницы сторон, мышечный тонус диффузно снижен.

Менингеальных знаков нет.

Местно: рваные раны левого плеча, в области левого локтевого сгиба.

## **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- измерение люмбального давления ликвора
- установка паренхиматозного датчика
- измерение вентрикулярного давления (наружный вентрикулярный дренаж)
- установка субдурального датчика

## **Результаты инструментального метода обследования**

**После проведения хирургического лечения (резекционной трепанации, удаления эпидуральной гематомы), несмотря на удовлетворительные данные послеоперационной компьютерной томографии, пациент длительное время находится на низком уровне сознания, для диагностики необходимо провести**

- измерение люмбального давления ликвора
- установка паренхиматозного датчика
- измерение вентрикулярного давления (наружный вентрикулярный дренаж)

- установка субдурального датчика

## **Результаты обследования**

### **На основании имеющихся данных после выполнения компьютерной томографии можно предположить диагноз**

- измерение люмбального давления ликвора
- установка паренхиматозного датчика
- измерение вентрикулярного давления (наружный вентрикулярный дренаж)
- установка субдурального датчика

## **Диагноз**

### **Причиной длительного нахождения пациента в состоянии минимальных проявлений сознания, которая становится ясна после выполнения магнитно-резонансной томографии можно считать**

- геморрагические очаги левой височной доли
- пролабирование мозгового вещества в костный дефект
- сотрясение головного мозга
- диффузное аксональное повреждение

### **При отеке головного мозга, умеренной артериальной гипертензии с использованием катехоламинов и инфузионных растворов необходимо обеспечивать поддержание целевых значений ЦПД в диапазоне + \_\_\_\_\_ + мм рт. ст**

- 40-50
- 30-40
- 20-30
- 60-70

### **Декомпрессивную краниэктомию, при неэффективности профилактических мер для коррекции внутричерепного давления, применяют**

- в качестве одной из возможных мер при неэффективности мероприятий консервативной терапии
- в качестве первой меры при неэффективности мероприятий консервативной терапии
- после неэффективности любых двух типов консервативной терапии
- в последнюю очередь при неэффективности мероприятий консервативной терапии

**Операцией выбора у представляемого пострадавшего с острой эпидуральной гематомой является**

- декомпрессивная трепанация черепа с удалением гематомы
- закрытое наружное дренирование гематомы
- удаление гематомы через трепанационное отверстие
- костно-пластическая трепанация черепа с удалением гематомы

**Данному пациенту в качестве профилактической терапии рекомендуется назначать**

- противосудорожные препараты
- антиагреганты
- антикоагулянты
- кортикостероиды

**После проведения операции трепанации, удаления эпидуральной гематомы пациенту был установлен датчик внутричерепного давления, коррекцию внутричерепного давления следует начинать при превышении порога + мм рт. ст**

- 40
- 20
- 30
- 10

**Учитывая клинические данные и КТ-картину, тактикой лечения данного пациента является**

- проведение мониторинга внутричерепного давления с установкой датчика интравентрикулярно
- консервативная терапия в условиях нейрохирургического отделения
- консервативная терапия в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии
- экстренное оперативное вмешательство

**Острые эпидуральные гематомы чаще характеризуются**

- ограниченными зонами пониженной плотности вещества мозга, близкими к отеку мозга
- серповидной зоной гомогенного повышения плотности с распространением на большую часть полушария
- двояковыпуклой зоной повышенной плотности, прилегающей к своду черепа

- Единичными или множественными массивными очагами округлой или овальной формы повышения плотности

**Для распознавания эпидуральных гематом широко используемой триадой симптомов является**

- ограниченными зонами пониженной плотности вещества мозга, близкими к отеку мозга
- серповидной зоной гомогенного повышения плотности с распространением на большую часть полушария
- двояковыпуклой зоной повышенной плотности, прилегающей к своду черепа
- Единичными или множественными массивными очагами округлой или овальной формы повышения плотности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 17 лет доставлен в шоковый зал реанимационного отделения бригадой скорой медицинской помощи.

### **Жалобы**

Активно не предъявляет по тяжести состояния.

### **Анамнез заболевания**

Из записи сопроводительного листа - травму получил в результате нападения и нанесения ударов по лицу; при падении на тротуарную плитку ударился головой; потеря сознания с момента травмы. Транспортирован бригадой СМП в клинику, госпитализирован в шоковый зал.

### **Анамнез жизни**

Неизвестен.

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое.

Неврологический статус: Уровень сознания – кома 2 (ШКГ 4 балла). Зрачки D=S, расширены. Фотореакция и корнеальные рефлексы угнетены.

Окулоцефалический рефлекс отсутствует. Лицо симметрично (оценка затруднена ввиду угнетения сознания пациента и наличия интубационной трубки). Угнетение кашлевого рефлекса при санации через интубационную трубку. Мышечный тонус диффузно снижен. Сухожильные рефлексы с рук и с ног угнетены. Симптом Бабинского справа. Менингеальные знаки отрицательные.



Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Дыхание – спонтанное через интубационную трубку, нерегулярное; аускультативно - везикулярное, ослаблено в задне-базальных отделах справа, единичные проводные хрипы. ЧДД 15/мин. ЧСС 114 в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, мягкий при пальпации во всех отделах.

Местно: Ушибы мягких тканей лица справа, в левой височной области ссадины, подпапневротическая гематома.

**С учётом тяжести состояния пациента, после первичного его осмотра в качестве первоочередных мероприятий для профилактики вторичного повреждения головного мозга необходимо выполнить**

- торакоцентез для исключения внутригрудного кровотечения
- интубацию трахеи и установку центрального венозного катетера
- трахеостомию с последующей искусственной вентиляцией легких
- установку датчика внутричерепного давления

**К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся**

- торакоцентез для исключения внутригрудного кровотечения
- интубацию трахеи и установку центрального венозного катетера
- трахеостомию с последующей искусственной вентиляцией легких
- установку датчика внутричерепного давления

**Результаты инструментальных методов обследования**

**К необходимым в данной ситуации лабораторным исследованиям относят**

- торакоцентез для исключения внутригрудного кровотечения
- интубацию трахеи и установку центрального венозного катетера
- трахеостомию с последующей искусственной вентиляцией легких
- установку датчика внутричерепного давления

**Результаты лабораторного обследования**

**Основным предполагаемым диагнозом является**

- торакоцентез для исключения внутригрудного кровотечения
- интубацию трахеи и установку центрального венозного катетера
- трахеостомию с последующей искусственной вентиляцией легких
- установку датчика внутричерепного давления

## **Диагноз**

**При отеке головного мозга, умеренной артериальной гипертензии с использованием катехоламинов и инфузионных растворов необходимо обеспечивать поддержание целевых значений ЦПД в диапазоне + \_\_\_\_\_ + мм рт. ст**

- 60-70
- 40-50
- 30-40
- 20-30

**Учитывая клинические данные и КТ-картину тактикой лечения данного пациента является**

- проведение мониторинга внутричерепного давления с установкой датчика интравентрикулярно
- консервативная терапия в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии
- экстренное оперативное вмешательство
- консервативная терапия в условиях нейрохирургического отделения

**Операцией выбора у представляемого пострадавшего с острой эпидуральной гематомой является**

- удаление гематомы через трепанационное отверстие
- декомпрессивная трепанация черепа с удалением гематомы
- костно-пластическая трепанация черепа с удалением гематомы
- закрытое наружное дренирование гематомы

**После удаления гематомы и проведения гемостаза с целью профилактики рецидива эпидуральной гематомы артериального генеза необходимо**

- подшить ТМО по краю трепанационного дефекта к кости
- перевязать наружную сонную артерию
- провести системный тромболизис
- выполнить активацию фибринолиза

**Для оценки эффективности удаления эпидуральной гематомы в раннем послеоперационном периоде необходимо выполнить**

- рентгенографию черепа в двух проекциях
- эхоэнцефалоскопию
- церебральную ангиографию

- компьютерную томографию головного мозга

**Компонентом снижения частоты инфекций области хирургического вмешательства является**

- наложение давящей повязки на рану
- проведение периоперационной антибиотикопрофилактики
- наложение внутрикожного шва
- использование гемостатической губки

**Преимущественным источником формирования острых эпидуральных гематом являются поврежденные**

- оболочечные артерии
- сосуды диплоэ
- дуральные синусы
- оболочечные вены

**Наиболее часто эпидуральные гематомы локализуются в**

**+ + области**

- оболочечные артерии
- сосуды диплоэ
- дуральные синусы
- оболочечные вены

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 42 года, обратился к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На обширную косметическую деформацию черепа слева, головные боли связанные с изменениями погоды, речевые нарушения, ухудшение памяти и внимания

### **Анамнез заболевания**

Согласно медицинской документации, пострадал в результате ДТП (пассажир) три года назад. Экстренно был госпитализирован в близлежащий стационар в бессознательном состоянии по линии скорой медицинской помощи. При поступлении уровень сознания по ШКГ 6-7 баллов. При КТ головы, выявлено тяжелая ЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени с формированием острой субдуральной гематомы в левой лобно-теменно-височной области (объем 140

мл). Линейный перелом теменно-височной области с переходом на основания СЧЯ. Диффузный отек головного мозга. Экстренно выполнена декомпрессивная трепанация черепа слева с удалением острой субдуральной гематомы (150 мл). Далее проходил стационарное лечение и затем реабилитационное лечение с восстановлением утраченных функций.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* работает водителем
- \* аллергических реакций не было
- \* семейный анамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,8°C. В лёгких везикулярное дыхание, выслушивается во всех отделах. ЧДД = 16/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС = 78 уд в мин., АД= 120/85 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: сознание ясное. Критика несколько снижена. Зрачки D=S. Лицо симметричное, язык по средней линии. Глотание и фонация сохранены. Менингеальной симптоматики нет. Правосторонний гемипарез до 4 баллов. Сухожильные рефлексы D>S. Нарушений чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Легкие речевые нарушения по типу “моторная афазия”.

### **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- оболочечные артерии
- сосуды диплоэ
- дуральные синусы
- оболочечные вены

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **К необходимым в данной ситуации лабораторным исследованиям относят**

- оболочечные артерии
- сосуды диплоэ
- дуральные синусы
- оболочечные вены

## **Результаты лабораторных обследований**

### **Выявленная патология представляет собой**

- краниосинастотическое изменение черепа
- инфекцию центральной нервной системы
- пострезекционный дефект черепа
- гидроцефальное увеличение желудочковой системы мозга

### **Для больных с обширными дефектами черепа характерен синдром**

- трепанированных
- Авеллиса
- усталости
- Хакима-Адамса

### **Развитие синдрома трепанированных у больных с дефектами черепа связано с изменением**

- между выработкой ликвора и ее всасыванием
- градиента давления между черепом и внешней средой
- сердечного ритма и пульсовой волны
- градиента между артериальным и венозным давлением

### **Наиболее вероятной причиной развития верхнеквадрантной гомонимной гемианопсии у данного пациента является**

- поражение петли Мейера в левой височной доле
- интратетинальное кровоизлияние
- поражение правого зрительного нерва
- кровоизлияние в стекловидное тело

### **Для создания трёхмерной модели имплантата при односторонних латерально расположенных дефектах черепа используется метод**

- «виртуального донора»
- «ручного» моделирования имплантата
- «зеркального отражения» противоположной стороны черепа
- автоматического компьютерного заполнения недостающей части черепа

### **Наиболее вероятный косметический дефект после проведения краниопластики у данного пациента может быть вызван**

- частичной атрофией височной мышцы
- рубцовыми изменениями в области разреза тканей

- дефектом моделирования имплантата
- организовавшейся параорбитальной гематомой

### **Наиболее целесообразным лечением у больных с дефектами черепа является**

- динамическое наблюдение
- хирургическая реконструкция
- лучевая терапия
- консервативная терапия

### **Какое основное требование к краниопластическому имплантату в хирургии костных дефектов**

- рентген непрозрачность
- теплоизоляция
- биосовместимость
- высокая цена

### **Основным методом оценки реконструкции дефекта черепа является**

- рентгенография черепа
- магнитно-резонансная томография
- спиральная компьютерная томография
- электроэнцефалограмма

### **При сочетании у пациентов обширного костного дефекта черепа и верифицированной посттравматической гидроцефалии хирургическое лечение целесообразно начать с**

- рентгенография черепа
- магнитно-резонансная томография
- спиральная компьютерная томография
- электроэнцефалограмма

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 28 лет обратился в консультативную поликлинику.

### **Жалобы**

На повышенную влажность носовых ходов, особенно в прохладное время, с периодическим вытеканием прозрачной жидкости в виде капель из правого

носового хода при наклоне головы, нарушение распознавания запахов, периодически - двоение при взгляде вверх.

### **Анамнез заболевания**

Травма в автоаварии (пассажир такси). С места ДТП доставлен машиной скорой помощи в реанимационное отделение ГКБ. После стабилизации состояния и проведения диагностических исследований в экстренном выполнены: ПХО раны головы, резекция многооскольчатого вдавленного перелома лобной кости, двучелюстное шинирование. В дальнейшем переведен в нейрохирургическое отделение. Через 3 мес после выписки из стационара с достаточно хорошим восстановлением после перенесенной ОРВИ стал отмечать постепенно увеличивающееся увлажнение носовых ходов с периодическим вытеканием прозрачной жидкости в виде капель из правого носового хода при наклоне головы.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имеет
- \* аллергических реакций не было

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Перкуторно - легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные, ритмичные. Акцентов, дополнительных тонов нет. ЧСС 70 уд/мин. АД на левой руке - 125/80 мм рт. ст., АД на правой руке 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под правого края реберной дуги. Симптом Ортнера отрицательный. Селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Дизурических расстройств нет.

Ясное сознание. на вопросы отвечает, о себе рассказывает, инструкции выполняет, осмысляет. Аносмия. При ориентировочном исследовании - поля зрения в норме. Фотореакции удовлетворительные. Глазные щели асимметричны за счет деформации правой орбиты, зрачки равные, фотореакция сохранна. Парез взора вверх нет. Спонтанный и установочный нистагма - нет. Диплопия при взгляде в стороны. Корнеальные рефлексы вызываются с 2х сторон. Чувствительность на лице не изменена. Лицо симметрично. Глотание свободно. Фонация не нарушена. Язык по средней

линии. Объем движений в конечностях не ограничен. Мышечная сила достаточная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы высокие, симметричные.

Местный статус (рубцы после ПХО): рубец в лобной области размерами 8x0,3 см без признаков воспаления, заживший первичным натяжением с небольшим (2 мм в диаметре) деэпителизированным участком; рубец в области брови, верхнего века с переходом к латеральной области глазницы размерами 5x0,2 см без признаков воспаления.

**С учетом жалоб пациента, анамнеза и клинических проявлений первоначально необходима консультация**

- комбустиолога
- инфекциониста
- офтальмолога
- отоневролога

**Учитывая механизм получения травмы к необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- комбустиолога
- инфекциониста
- офтальмолога
- отоневролога

**Результаты инструментальных методов обследования**

**К необходимым в данной ситуации лабораторным исследованиям относят**

- комбустиолога
- инфекциониста
- офтальмолога
- отоневролога

**Результаты лабораторных обследований**

**Наиболее информативным методом диагностики локализации ликворной фистулы является**

- комбустиолога
- инфекциониста
- офтальмолога
- отоневролога



## **Результаты обследования**

**Магнитно-резонансная томография головы**

**Эндоскопическая риноскопия**

**Рентгенография черепа**

**Для выполнения компьютерно-томографической цистернографии используется**

- омнипак
- метионин
- натрия пертехнетат
- фтордезоксиглюкоза

**Предполагаемым основным диагнозом будет**

- омнипак
- метионин
- натрия пертехнетат
- фтордезоксиглюкоза

## **Диагноз**

**С учетом места наружного истечения ликвора, у пострадавшего форма базальной ликвореи может быть определена как**

- назальная
- ушная
- парадоксальная
- глазничная

**Учитывая клинические данные и КТ-картину тактикой лечения данного пациента является**

- сочетание терапии с люмбальными пункциями
- усиление терапии высокими дозами диуретиков
- усиление терапии антибиотиками с учетом бактериологической диагностики
- оперативное вмешательство

**С учетом имеющихся клинико-рентгенологических данных методом оперативного вмешательства у представляемого пострадавшего является**

- вентрикулоперитонеальное шунтирование
- эндоназальный эндоскопический доступ с пластикой дефекта основания черепа
- люмбоперитонеальное шунтирование
- прямой интракраниальный доступ с экстра- или интрадуральным подходом с пластикой ликворной фистулы

**Компонентом снижения частоты инфекций области хирургического вмешательства является**

- наложение давящей повязки на рану
- проведение периоперационной антибиотикопрофилактики
- использование гемостатической губки
- наложение внутрикожного шва

**Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данного пациента**

- возможна, но не обязательна
- обязательна
- не желательна
- возможна, но не желательна

**Максимальный процент рецидива посттравматической базальной ликвореи после первой попытки закрытия фистулы равен + \_\_\_\_ +%**

- возможна, но не обязательна
- обязательна
- не желательна
- возможна, но не желательна

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 34 лет обратился в консультативную поликлинику.

### **Жалобы**

На снижение слуха на правое ухо, снижение зрения с двух сторон, больше справа, периодические жидкие выделения из правой половины носа.

### **Анамнез заболевания**

Пять лет назад пострадала в автоаварии. В дальнейшем стали появляться периодические жидкие выделения из носа. С тех пор трижды перенесла менингит (лечение консервативное Цефтриаксон{plus}Амикацин).

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имеет
- \* аллергических реакций не было

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. Акцентов, дополнительных тонов нет. ЧСС 70 уд/мин. АД 125/80 мм рт. ст., Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под правого края реберной дуги. Дизурических расстройств нет.

Ясное сознание. Гипосмия справа. При ориентировочном исследовании - поля зрения в норме. Фотореакции удовлетворительные. Глазные щели асимметричны за счет деформации правой орбиты, зрачки равные, фотореакция сохранна. Корнеальные рефлексы вызываются с 2-х сторон. Чувствительность на лице не изменена. Лицо симметрично. Глотание свободно. Фонация не нарушена. Язык по средней линии. Объем движений в конечностях не ограничен. Мышечная сила достаточная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы высокие, симметричные.

### **С учетом жалоб пациентки, анамнеза и клинических проявлений первоначально необходима консультация**

- возможна, но не обязательна
- обязательна
- не желательна
- возможна, но не желательна

### **Результаты обследования**

#### **Консультация инфекциониста**

Кожные покровы нормальной окраски; расчесов, сыпей, шелушений, «сосудистых звездочек», кровоизлияний нет. Кожа чистая, умеренной влажности, теплая на ощупь, тургор кожи сохранен, эластичность не снижена,

отеков нет. Температура тела в подмышечной впадине – 36,6.

Видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые, умеренно влажные, кровоизлияний, изъязвлений, корочек нет.

При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации затылочные, околоушные, нижнечелюстные, поверхностные шейные, надключичные, подключичные, грудные, подмышечные, поверхностные локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Печень перкуторно по краю правой реберной дуги. Селезенка перкуторно не увеличена, не пальпируется.

### **Консультация аллерголога**

Кожные покровы нормальной окраски; расчесов, сыпи нет. Имеются немногочисленные поверхностные трещины, величина трещин до 1 см. Кожа подошв скудно покрыта отрубевидными чешуйками серого цвета, мелкими, нежными, как бы припудривающими кожу. Волосы не поражены. Ногтевые пластинки обеих ног нормальной толщины, буровато-желтого цвета, с продольными и поперечными трещинами. Субъективно больной не испытывает какого-либо беспокойства. Аллергический анамнез без особенностей.

### **Консультация офтальмолога**

Status oculorum: сосудистый шум над глазными яблоками, в лобных и височных областях не выслушивается.

Глазные яблоки спокойные, роговицы блестящие. Смыкание век полное.

Острота зрения: OD: = 1,0 сф-0,5д; OS: = 0,7 сф-1,25д авторефрактометрия: OD сф+1,5д цилиндр-1,75д ось 150; OS сф+0,75д цилиндр-1,5д ось 20 Описание полей зрения: в норме (периметрия). Диаметр зрачков: D=S Реакция зрачка на свет: прямая OD - удовлетворительная, OS – удовлетворительная. Конвергенция сохранена.

Движения глазных яблок: взор вверх и вниз - в достаточном объеме, взор в стороны - чуть не доводит до спаек, при этом возникает спонтанный горизонтальный нистагм.

Глазное дно: диски зрительных нервов розовые, границы просматриваются полностью, вполне четкие, вены без выраженного полнокровия.

### **Учитывая механизм получения травмы к необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- возможна, но не обязательна
- обязательна
- не желательна
- возможна, но не желательна

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**К необходимым в данной ситуации лабораторным исследованиям относят**

- возможна, но не обязательна
- обязательна
- не желательна
- возможна, но не желательна

**Результаты лабораторного обследования**

**Наиболее информативным методом диагностики локализации ликворной фистулы является**

- возможна, но не обязательна
- обязательна
- не желательна
- возможна, но не желательна

**Результаты обследования**

**Позитронно-эмиссионная томография**

**Прямая риноскопия**

**Рентгенография черепа**

**Для выполнения компьютерно-томографической цистернографии используется**

- фтордезоксиглюкоза
- натрия пертехнетат
- метионин
- омнипак

**Предполагаемым основным диагнозом будет**

- фтордезоксиглюкоза
- натрия пертехнетат
- метионин
- омнипак

**Диагноз**

**С учетом места наружного истечения ликвора, у пострадавшего форма базальной ликвореи может быть определена как**

- парадоксальная
- ушная
- назальная
- глазничная

**Учитывая клинические данные и КТ-картину тактикой лечения данного пациента является**

- терапия антибиотиками с учетом бактериологической диагностики
- оперативное вмешательство
- терапия высокими дозами диуретиков
- сочетание терапии с люмбальными пункциями

**С учетом имеющихся клинико-рентгенологических данных методом оперативного вмешательства у представляемой пациентки является**

- эндоназальный эндоскопический доступ с пластикой дефекта основания черепа
- трансмастоидальный доступ с пластикой ликворной фистулы
- люмбоперитонеальное шунтирование
- вентрикулоперитонеальное шунтирование

**Компонентом снижения частоты инфекций области хирургического вмешательства является**

- использование гемостатической губки
- фиксация пластических материалов эластичными тампонами
- проведение периоперационной антибиотикопрофилактики
- проведение задней тампонады носа

**Максимальный процент рецидива посттравматической базальной ликвореи после первой попытки закрытия фистулы равен + \_\_\_\_\_ + %**

- 30
- 40
- 27
- 23

**У детей, особенно до двухлетнего возраста, ликворея**

- 30

- 40
- 27
- 23

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Мужчина, 71 год, обратился на амбулаторный прием к нейрохирургу в поликлинику.

### Жалобы

На небольшое головокружение, шаткость при походке.

### Анамнез заболевания

Со слов пациента и его родственников, 28 июня 2018 года почувствовал острую боль за грудиной, самостоятельно принял нитроглицерин в количестве 3 раз, после чего почувствовал головокружение, АД снизилось до 60/40, потерял сознание, упал с высоты собственного роста, ударился головой. Был госпитализирован в больницу по месту жительства, компьютерная томография не проводилась. В связи с удовлетворительным самочувствием и отсутствием жалоб был выписан домой. В последние 15 дней появилось головокружение и шаткость при ходьбе, что послужило поводом к выполнению МРТ.

### Анамнез жизни

- \* Страдает гипертонической болезнью III ст, 3 степени, риск ССО 4, сахарным диабетом II типа. Постоянно принимает антигипертензивную и гипогликемическую терапию.
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- \* не работает, пенсионер.
- \* аллергических реакций не было.
- \* семейный анамнез не отягощен.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Пациент нормостенического телосложения, нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 15 в мин. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД=120/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 75 уд. в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под правого края реберной дуги. Симптом Орнтера

отрицательный. Селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Тазовые функции не нарушены. Состояние удовлетворительное. При обращении вступает в контакт, отвечает на вопросы, рассказывает о себе. Доступен осмотру, выполняет, осмысливает инструкции. Сознание ясное. Правильно ориентирован в месте, времени, личной и окружающей ситуации. Память снижена на текущие события. Внимание достаточное. Речь не нарушена. Критика сохранена. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. При ориентировочном исследовании сужения или выпадения полей зрения не отмечается. Фотореакции удовлетворительные. Зрачки равны. Глазные щели равны. Спонтанного нистагма нет. Корнеальные рефлексы вызываются с 2-х сторон. Глазодвигательных нарушений нет. Чувствительность на лице не изменена. Лицо симметрично в покое и при мимике. Глотание свободно. Фонация не нарушена. Поворачивает голову, поднимает надплечья свободно. Язык по средней линии. Объём движений в конечностях не снижен, мышечная сила слева достаточная, справа снижена до 4 баллов. Мышечный тонус сохранён. Сухожильные рефлексы живые с обеих сторон, живее справа. Положительный симптом Бабинского справа. Чувствительность на конечностях не нарушена. Координаторные пробы: пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно слева, справа с промахиванием, в позе Ромберга стоит напряженно. Экстрапирамидных расстройств (повышения тонуса мышц по пластическому типу, гиперкинезов, нарушений мимики и др.) нет.

**К необходимыми в данной ситуации инструментальным методам исследования относят**

- 30
- 40
- 27
- 23

**Результаты инструментального метода обследования**

**Наиболее адекватным современным методом распознавания данной патологии является**

- 30
- 40
- 27
- 23

**Результаты обследования**



**В данном случае у пациента можно поставить диагноз**

- 30
- 40
- 27
- 23

**Диагноз**

**Основываясь на концепции фазности развития синдрома компрессии головного мозга, данных клинического осмотра и нейровизуализационных исследований, у данного пациента можно предположить фазу**

- клинической компенсации
- грубой клинической декомпенсации
- клинической субкомпенсации
- умеренной клинической декомпенсации

**При поступлении в стационар у пациентов преобладают фазы**

- грубой клинической декомпенсации и умеренной клинической декомпенсации
- клинической субкомпенсации и умеренной клинической декомпенсации
- грубой клинической декомпенсации и клинической субкомпенсации
- клинической компенсации и грубой клинической декомпенсации

**На компьютерной томографии хроническая субдуральная гематома представляет собой**

- ограниченную зону пониженной плотности вещества мозга, близкую по плотности к отеку мозга
- двояковыпуклую зону повышенной плотности, прилегающей к своду черепа
- единичные или множественные массивные очаги округлой или овальной формы повышения плотности
- зону измененной плотности между костями черепа и веществом мозга, обычно серповидной формы с многодолевым распространением и преимущественно парасагитально-конвекситальной локализацией

**По плотности по шкале хаунсфилда на компьютерной томографии данная хроническая гематома может быть отнесена к**

- гиперденсивным
- гиподенсивным

- изоденсивным
- гетероденсивным

**Преимущества магнитно-резонансной томографии особенно очевидны при + хронических субдуральных гематомах по данным компьютерной томографии**

- гиподенсивных
- гиперденсивных
- изоденсивных
- гетероденсивных

**Фактором, обуславливающим необходимость госпитализации у данного пациента, является**

- пожилой возраст
- подтверждение диагноза хронической субдуральной гематомы
- выраженность клинической симптоматики
- факт падения в анамнезе

**Абсолютным показанием для хирургического лечения пациента с хронической субдуральной гематомой является его пребывание в фазе**

- клинической субкомпенсации
- клинической декомпенсации
- клинической компенсации
- умеренной клинической декомпенсации

**Проведение краниотомии в хирургии хронических субдуральных гематом не обоснованно при**

- многокамерном строении с мощными трабекулами, занимающими значительную часть объема гематомы
- рецидиве гематомы после нескольких попыток ее дренирования
- небольшом объеме гематомы
- содержанием гематомы в виде плотных свертков крови или ее кальцификации

**Возможность проведения консервативного лечения пациентов с хроническими субдуральными гематомами допускается при**

- многокамерном строении с мощными трабекулами, занимающими значительную часть объема гематомы
- рецидиве гематомы после нескольких попыток ее дренирования

- небольшом объеме гематомы
- содержанием гематомы в виде плотных свертков крови или ее кальцификации

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 78 лет обратился в приемное отделение многопрофильной больницы в сопровождении дочери.

### **Жалобы**

На головную боль, слабость в левых конечностях, приступы судорог в левой руке с переходом на ногу.

### **Анамнез заболевания**

Около двух месяцев назад споткнулся, упал и ударился головой. Сознание не терял. За медицинской помощью не обращался. В течение последнего месяца дочь отмечала сонливость и медлительность у отца. В день обращения у пациента возникли судороги, сначала появившиеся в правой руке, и затем распространившиеся на правую ногу, без потери сознания.

### **Анамнез жизни**

Страдает гипертонической болезнью, постоянно принимает антигипертензивную терапию, на фоне которой АД не поднимается выше 130/90 мм рт. ст., также ацетилсалициловую кислоту в качестве антиагреганта.

### **Объективный статус**

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 68 в 1 мин, АД 120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Легкое оглушение. Менингеальной симптоматики нет. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь односложная, замедленная. Функции черепных нервов не нарушены. Мышечный тонус сохранен. Сила в левых конечностях снижена до 4 баллов. Легкое оживление сухожильных рефлексов слева. Нарушений чувствительности не выявлено. В позе Ромберга в целом устойчив, координаторы пробы выполняет неуверенно, без интенции. Функции тазовых органов не нарушены.

### **Инструментальными методом исследования, необходимыми пациенту в данном случае, является**

- многокамерном строении с мощными трабекулами, занимающими значительную часть объема гематомы

- рецидиве гематомы после нескольких попыток ее дренирования
- небольшом объеме гематомы
- содержанием гематомы в виде плотных свертков крови или ее кальцификации

## **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Основным диагнозом пациента является**

- многокамерном строении с мощными трабекулами, занимающими значительную часть объема гематомы
- рецидиве гематомы после нескольких попыток ее дренирования
- небольшом объеме гематомы
- содержанием гематомы в виде плотных свертков крови или ее кальцификации

## **Диагноз**

### **Снижение силы в левых конечностях до 4 баллов в сочетании с оживлением сухожильных рефлексов соответствует клинической картине**

- центральной гемиплегии
- центрального гемипареза
- нижнего парапареза
- периферического гемипареза

### **Судороги в руке и ноге без потери сознания у пациента в соответствии с классификацией ILAE-2017 являются приступами**

- с генерализованным началом
- атипичных абсансов
- фокальными атоническими
- фокальными моторными

### **Распространение судорог с руки на ногу является проявлением эпилепсии**

- Шарко
- Кожевникова
- Джексона
- Бехтерева

### **Препаратом выбора для лечения фокальных приступов у пациента является**

- вальпроевая кислота
- леветирацетам

- феназепам
- фенobarбитал

**Прием ацетилсалициловой кислоты при планировании операции следует**

- снизить в 2 раза
- продолжить
- отменить за 7 дней до операции
- отменить за 1 месяц до операции

**Преимуществом Twist Drill краниостомии является**

- возможность иссечь капсулу, прилежащую к мозгу
- более медленная декомпрессия
- улучшение мозговой гемодинамики
- снижение вероятности повреждения мозговых вен

**Для снижения количества осложнений при установке дренажа, его наиболее оптимальной локализацией будет являться**

- интрапаренхиматозная
- эпидуральная
- субпериостальная
- внутрижелудочковая

**Непосредственно после операции с дренированием пациент должен находиться в положении**

- горизонтальном
- с приподнятым головным концом
- на контралатеральном боку
- с приподнятыми ногами

**В случае многократных рецидивов и необходимости краниотомии с иссечением субдуральной мембраны, её внутренний листок, приращенный к поверхности мозга, следует**

- оставить
- иссечь
- обработать фибриновым клеем
- коагулировать по всей площади

**Консервативное лечение хронических субдуральных гематом допустимо при**

- оставить

- иссечь
- обработать фибриновым клеем
- коагулировать по всей площади

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 58 лет обратилась к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

Жалобы на головную боль, тошноту, потерю слуха, головокружение, обмороки.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение года, когда внезапно потеряла сознание на автобусной остановке. С тех пор отмечает периодическое головокружение и продолжающиеся обмороки, также отметила снижение слуха справа. Со слов больной обращалась за помощью к неврологу по месту жительства, где было выполнено МРТ. По данным МРТ – опухоль правого мосто-мозжечкового угла, вероятно, невринома. Аудиологическое заключение подтвердило тяжелую нейросенсорную тугоухость. Вскоре присоединилась тошнота и сильная головная боль. Для проведения оперативного лечения была направлена в профильную клинику.

### **Анамнез жизни**

- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* в данный момент не работает
- \* аллергических реакций не было

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,8°C. В лёгких дыхание жесткое, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД = 16/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС = 62 уд в мин, АД= 130/90 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

### **Для определения тактики периоперационного ведения пациента с позиции анестезиолога ключевым рентгенологическим признаком является**

- соотношение солидного и кистозного компонентов опухоли
- наличие признаков гидроцефалии
- взаиморасположение опухоли и ствола головного мозга
- размеры 4-го желудочка

**По данным МРТ выявляется невринома слухового нерва (Koos IV), принимая во внимание данный диагноз, ожидаемым интраоперационным осложнением является**

- нарушение паттерна дыхания
- нестабильность гемодинамики, в основном в форме брадикардии
- нестабильность гемодинамики, в основном в форме тахикардии
- повышенная кровоточивость

**Больная доставлена в операционную, принято решение оперировать в положении сидя, к преимуществам операций в положении сидя относится**

- снижение потребности в анестетиках
- стабильность гемодинамики
- хорошая визуализация операционного поля
- меньшая продолжительность операции

**Основным недостатком операций в положении сидя считается**

- повышенный риск повреждения лицевого нерва
- опасность венозной воздушной эмболии
- длительная процедура укладки
- повышенное напряжение мозговой ткани в ране

**В силу особых фармакологических свойств для анестезии при проведении операций в положении сидя не рекомендуется использование**

- тиопентал
- мидазолам
- закиси азота
- пропофол

**Самым чувствительным на сегодня методом диагностики воздушной эмболии является**

- прекардиальный доплер
- транспищеводная эхокардиография
- EtCO<sub>2</sub>
- давление заклинивания легочной артерии

**В отсутствие возможности проведения по ходу операции транспищеводной эхокардиографии, о развитии воздушной эмболии можно судить по**

- развитию брадикардии

- повышению артериального давления
- повышению давления в дыхательных путях
- снижению EtCO<sub>2</sub>

**При выявлении признаков венозной воздушной эмболии анестезиолог должен в первую очередь сообщить об этом и**

- ускорить инфузию жидкостей
- уменьшить дыхательный объем
- сдавить шейные вены
- увеличить дозу анестетиков

**Наиболее эффективной мерой в лечении венозной воздушной эмболии является**

- быстрое закрытие хирургом дефекта венозной стенки
- аспирация эмболов из правого предсердия
- переход к непрямому массажу сердца при развитии гемодинамической нестабильности
- коррекция скрытой гиповолемии

**Абсолютным противопоказанием к операции в положении сидя является**

- открытое овальное окно
- стеноз позвоночного канала
- гиповолемия
- стеноз сонных артерий

**На дооперационном этапе наиболее надежно исключить открытое овальное окно позволяет**

- рентгенография грудной клетки
- электрокардиография
- эхокардиография
- компьютерная томография легких и сердца

**Помимо венозной воздушной эмболии операция в положении сидя увеличивает риск формирования напряженной пневмоцефалии, в раннем послеоперационном периоде это осложнение приводит к**

- рентгенография грудной клетки
- электрокардиография
- эхокардиография
- компьютерная томография легких и сердца



## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 72 лет, обратилась к врачу-нейрохирургу.

### Жалобы

Жалобы на головные боли, дезориентацию.

### Анамнез заболевания

Со слов родственников болеет в течение года, когда появились психические нарушения, эпизоды дезориентации, жалобы на головные боли, слабость в правой руке. Затем присоединились речевые нарушения. Обратилась за помощью к неврологу по месту жительства, было выполнено МРТ головного мозга с контрастированием. Выявлена опухоль левой лобной доли, вероятно, глиальной природы. Рекомендовано хирургическое лечение. Учитывая прогрессирующее ухудшение состояния, принято решение о выполнении операции в ускоренном порядке.

### Анамнез жизни

- \* отмечает периодические боли за грудиной, купирующиеся самостоятельно
- \* периодически отмечает «ощущения сердцебиений» в груди, по поводу которых, со слов родственников нерегулярно принимает соталол и дигоксин.
- \* по данным выписки из поликлиники по месту жительства, давностью 6 месяцев, у пациентки диагностирована ИБС: кардиосклероз, ГБ II ст., пароксизмальная форма мерцательной аритмии. На ЭКГ месячной давности – ритм синусовый.
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* в данный момент не работает
- \* аллергических реакций не было

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Контакт затруднен в связи с речевыми нарушениями, в связи с чем уточнить давность и тяжесть течения сердечной патологии при осмотре не представляется возможным. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледноватые, тургор снижен. В лёгких дыхание жесткое, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД = 20/мин. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс = 72 уд/мин, малого наполнения, АД= 110/70 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Масса тела 73 кг. Рост 160 см.

**Для оценки периоперационного риска кардиальных осложнений, ключевое значение будут иметь результаты**

- электрокардиографии (ЭКГ)
- рентгенографии грудной клетки
- эхокардиографии (ЭхоКГ)
- холтеровского мониторирования ЭКГ

**Пациенту показано проведение коронарографии**

- в случае сочетания выраженных изменений на эхокардиографии с метаболическими изменениями на ЭКГ, особенно, в передне-перегородочной области
- при наличии подъема сегмента ST на ЭКГ
- в случае наличия жалоб и клинических признаков нестабильной стенокардии или ишемии миокарда по ЭКГ
- при наличии зон акинезии и гипокинезии на эхокардиографии

**По данным ЭКГ у пациентки отмечается фибрилляция предсердий с ЧСС до 120 уд/мин, по данным ЭхоКГ – сократительная функция миокарда достаточная, зон асинергии не выявляется, для выявления состояния сократимости миокарда по ЭхоКГ, определяющим показателем является**

- фракция выброса
- толщина стенки левого желудочка
- конечный диастолический объем
- ударный объем

**В зависимости от риска кардиоваскулярных осложнений, удаление внутримозговой опухоли относится к операциям с + \_\_\_\_\_  
риском**

- НИЗКИМ
- промежуточным
- максимальным
- ВЫСОКИМ

**Учитывая отсутствие грубых нарушений по ЭхоКГ, принято решение о возможности выполнения операции, после индукции анестезии отмечается нарастание ЧСС по монитору до 150 уд/мин, сопровождающееся снижением АД до 85/55 мм рт. ст., для дальнейшего ведения следует выбрать**

- коррекцию тахикардии и гипотонии, обусловленную относительной гиповолемией, за счет ускоренной инфузии
- немедленную кардиоверсию
- попытку коррекции тахисистолической формы мерцательной аритмии, перевод ее в нормосистолическую форму

- отмену операции

**У пациента начать терапию тахикардии следует с назначения**

- эналаприла
- лидокаина
- эсмолола
- нимодипина

**После введения эсмолола, отмечается урежение ЧСС до 85 уд/мин., для коррекции тахисистолии может быть использован**

- атропин
- эналаприл
- клонидин
- амиодарон

**Показанием к проведению экстренной электрической кардиоверсии у данного пациента может служить**

- сопутствующая хроническая сердечная недостаточность
- острая массивная кровопотеря
- острое нарушение гемодинамики, на фоне усиления тахикардии
- сопутствующая артериальная гипертензия

**Опасность применения экстренной электрической кардиоверсии у пациента с мерцательной аритмией неясной продолжительности заключается в**

- риске поражения медицинского персонала электрическим током
- нестабильности гемодинамики после восстановления синусового ритма
- ожогах
- эмболии тромбами, сформированными в предсердиях

**На фоне коррекции тахисистолии у пациента отмечается снижение АД, по данным прямого измерения через артериальную линию, до 50/20 мм рт. ст., тактика дальнейшего ведения заключается в**

- инфузии больших доз кристаллоидов
- инфузии коллоидов в малых дозах
- начале инфузии норадреналина
- болюсном введении адреналина и атропина

**Фармакологическая поддержка гемодинамики позволила завершить операцию в условиях относительной стабильности гемодинамики, однако**

**тяжесть перенесенного вмешательства позволяет заподозрить развитие интраоперационного инфаркта миокарда, наиболее надежным диагностическим инструментом для исключения или подтверждения которого в послеоперационном периоде является**

- определение уровня АСТ, АЛТ и ЛДГ в крови
- оценка сегмента ST на электрокардиограмме (ЭКГ)
- определение уровня тропонина-I в крови
- определение уровня прокальцитонина в крови

**Послеоперационное обследование не выявило признаков повреждения миокарда, пациентке после выписки необходимо**

- определение уровня АСТ, АЛТ и ЛДГ в крови
- оценка сегмента ST на электрокардиограмме (ЭКГ)
- определение уровня тропонина-I в крови
- определение уровня прокальцитонина в крови

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 86 лет, обратилась к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

Жалобы на головные боли, речевые нарушения, мнестические нарушения.

### **Анамнез заболевания**

Со слов родственников болеет в течение нескольких месяцев, когда появились затруднения в подборе слов, жалобы на головные боли. Обратилась за помощью к неврологу по месту жительства, было выполнено МРТ головного мозга с контрастированием. Выявлена опухоль левой височной области, широким основанием прилежащая к твердой мозговой оболочке крыла основной кости. Рекомендовано хирургическое лечение.

### **Анамнез жизни**

- \* по данным медицинской документации 30 лет назад выполнена мастэктомия, гистологический диагноз неизвестен.
- \* ИБС: кардиосклероз
- \* ГБ II ст.,
- \* Сахарный диабет второго типа
- \* Постоянно принимает аспирин по рекомендации кардиолога
- \* Не курит, алкоголем не злоупотребляет

- \* В данный момент не работает
- \* Аллергических реакций не было

### **Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Сознание ясное, ориентирована в месте и времени. Ходит самостоятельно. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледноватые, тургор снижен. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД = 16/мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС= 72 уд/мин, АД=110/70 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Масса тела 73 кг. Рост 170 см.

### **Тактика ведения пациентки предполагает**

- отказ от операции, учитывая возраст пациентки
- дополнительную подготовку к операции, противопоказаний к операции нет
- направления пациентки в кардиологический стационар для оценки состояния сердечно-сосудистой системы
- проведения операции в ускоренном порядке, не дожидаясь декомпенсации сопутствующих заболеваний

### **Для оценки периоперационного риска решающее значение будут иметь данные**

- эхокардиографии (ЭхоКГ)
- электрокардиографии (ЭКГ)
- коронарографии
- холтеровского мониторирования ЭКГ

### **Пациентка принимает аспирин по назначению кардиолога, данный препарат подавляет функциональную активность тромбоцитов и создает угрозу периоперационного кровотечения, перед интракраниальным вмешательством**

- необходимо направить пациента к кардиологу для консультации о возможности отмены аспирина
- необходимо проведение мост-терапии на основе НМГ после отмены аспирина
- схема не нуждается в коррекции, поскольку риск кровотечения невелик
- следует прекратить прием аспирина

### **До операции аспирин необходимо отменить за**

- 1 месяц

- 1-3 дня
- 5-7 дней
- 2 недели

**Наличие или отсутствие эффекта аспирина на состояние системы гемостаза позволяет наиболее достоверно оценить**

- определение МНО
- определение времени кровотечения
- определение АЧТВ
- коллаген-эпинефриновый тест

**У пациентки сахарный диабет II типа, ключевую роль для оценки степени эффективности предоперационного медикаментозного контроля гипергликемии играет**

- содержание кетоновых тел в моче
- уровень глюкозы крови натощак в день госпитализации
- уровень гликированного гемоглобина
- уровень глюкозы в моче

**В предоперационном периоде пациентке отменен аспирин, показатель гликированного гемоглобина соответствует компенсации сахарного диабета, принято решение о проведении удаления опухоли. При планировании периоперационного периода следует придерживаться тактики**

- ускоренного восстановления после оперативного вмешательства и переход к ранней реабилитации
- отказа от общей анестезии и проведение краниотомии в сознании, для снижения фармакологической нагрузки на организм пожилого пациента
- длительного наблюдения в ОРИТ после операции, для полноценного мониторинга функционирования органов и систем и проведения интенсивной терапии
- проведения глубокой анестезии, максимально подавляющей возможные вегетативные и болевые ответы организма на хирургический стресс

**Одним из важнейших аспектов ускоренного восстановления после операции является управляемая анестезия и быстрое пробуждение после операции, оптимальным при проведении удаления внутримозговых опухолей является**

- инфузия тиопентала под контролем мониторинга глубины анестезии (например, BIS-мониторинга)
- ингаляционная анестезия изофлураном под контролем МАК

- инфузия пропофола под контролем мониторинга глубины анестезии (например, BIS-мониторинга)
- инфузия кетамина под контролем мониторинга глубины анестезии (например, BIS-мониторинга)

**Коррекция гипергликемии требуется с интраоперационного уровня глюкозы крови в**

- 10 ммоль/л
- 6 ммоль/л
- 20 ммоль/л
- 12 ммоль/л

**При анализе венозной крови по ходу операции выявилась гипергликемия – 13 ммоль/л, для коррекции такой гипергликемии рекомендуется**

- начать п/к введение инсулина 10 ЕД
- начать болюсное в/в введение инсулина 4 ЕД
- начать в/в инфузию инсулина со скоростью 2 ЕД/ч, контроль уровня глюкозы через полчаса
- начать в/в инфузию инсулина со скоростью 5 ЕД/ч, контроль уровня глюкозы через 1 час

**Для мониторинга уровня глюкозы в периоперационном периоде рекомендуется использовать**

- ликвор
- капиллярную кровь
- артериальную кровь
- мочу

**Операция прошла без осложнений, в раннем послеоперационном периоде следует**

- ликвор
- капиллярную кровь
- артериальную кровь
- мочу

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 67 лет, обратилась к врачу-нейрохирургу

## **Жалобы**

Головные боли, снижение зрения

## **Анамнез заболевания**

Головные боли, снижение зрения беспокоит в течение года.

## **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает
  - \* не курит, алкоголь не употребляет
  - \* не работает
  - \* аллергических реакций не было
- семейный анамнез не отягощен

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД = 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС = 70 уд в мин, АД= 120/75 мм. рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени, личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Зрительных нарушений нет, движения глаз без ограничений, чувствительность на лице не нарушена.

Жевание не нарушено, мимика не нарушена, осиплость голоса, нарушение глотания твердой пищей, плечи поднимает, язык по средней линии.

Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка уверенная.

Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга стоит уверенно.

Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены.

Острота зрения (с коррекцией):

OD со сферой {plus}1,0 Д=0,6

OS со сферой {plus}1,0 Д=0,5

Поле зрения: изменено по битемпоральному типу.

Эндокринный статус: вторичный гипотиреоз, вторичный гипогонадизм.

Пролактин в норме.

## **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- ликвор
- капиллярную кровь



- артериальную кровь
- мочу

## **Результаты обследования**

### **Выявленная патология представляет собой**

- ликвор
- капиллярную кровь
- артериальную кровь
- мочу

## **Диагноз**

### **Оптимальным вариантом хирургического лечения и адъювантной терапии является**

- микрохирургическое транскраниальное удаление из парамедианного субокципитального доступа с последующей химиотерапией
- трахеостомия, ВПШ, гастростомия. Паллиативное лечение
- наблюдение
- трансназальное эндоскопическое удаление опухоли

### **Наличие зрительных нарушений связано с**

- электролитными нарушениями
- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга
- паранеопластическим синдромом
- компрессией зрительных нервов и хиазмы

### **Показанием к хирургическому лечению пациентки с данной патологией является наличие**

- нарушение носового дыхания
- зрительных нарушений
- снижения слуха
- нарушения глотания

### **В послеоперационном периоде с целью исключения послеоперационных осложнений показано проведение**

- селективной церебральной ангиографии
- ЭЭГ-мониторинг
- КТ головного мозга
- СКТ-ангиографии церебральных сосудов

### **Перед удалением аденомы гипофиза необходимо выполнить**

- консультацию эндокринолога
- установку назогастрального зонда
- декомперессию задней черепной ямки
- установку паринхиматозного датчика ВЧД

### **После операции пациенту необходима консультация**

- офтальмолога
- ортопеда
- ревматолога
- алголога

### **Возможным осложнением при частичном удалении опухоли гипофиза является**

- левосторонний гемипарез
- кривошея
- гидроцефалия
- кровоизлияние в ложе удаленной опухоли

### **При хирургическом лечении аденом гипофиза используется**

- местная анестезия
- электронаркоз
- интубационный наркоз
- масочный наркоз

### **Противопоказанием для проведения трансназального эндоскопического удаления аденом гипофиза является**

- левосторонний гемипарез
- амавроз
- деменция
- острый фарингит и отит

### **Возможным осложнением при радикальном удалении опухоли гипофиза является**

- левосторонний гемипарез
- амавроз
- деменция
- острый фарингит и отит

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Мужчина переведен из другой клиники после попытки эндоскопического трансфеноидального удаления объемного образования основания черепа

### Жалобы

В течение месяца снижение зрения. При дообследовании по данным МРТ головного мозга выявлена небольшое объемное образование хиазмально-селлярной области. В нейрохирургической клинике была выполнена попытка эндоскопического трансфеноидального удаления. В процессе трепанации дна турецкого седла развилось интенсивное артериальное кровотечение, остановленное тугой тампонадой клиновидной пазухи и полости носа. При попытке удалить тампонаду в послеоперационном периоде кровотечение возобновлялось.

### Анамнез заболевания

Выделение жидкости из полости носа в течение 2-х лет. Год назад перенес инфекционный менингит.

### Анамнез жизни

- \* хронические заболевания отрицает
- \* не курит, алкоголь не употребляет
- \* на пенсии
- \* аллергических реакций не было
- \* семейный анамнез не отягощен

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД = 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС = 75 уд в мин, АД= 125/75 мм. рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени, личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Зрительные нарушения, глазодвигательных нарушений нет, чувствительность на лице не нарушена. Жевание не нарушено, мимика не нарушена, голос без изменений, нарушение глотания твердой пищей, плечи поднимает, язык по средней линии.

Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка шаткая.

Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга отклоняется в право. Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены. Эндокринных нарушений нет.

Осмотр ЛОР – явная назальная ликворея.

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- левосторонний гемипарез
- амавроз
- деменция
- острый фарингит и отит

**Результаты обследования**

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- левосторонний гемипарез
- амавроз
- деменция
- острый фарингит и отит

**Результаты обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом будет**

- левосторонний гемипарез
- амавроз
- деменция
- острый фарингит и отит

**Диагноз**

**После госпитализации пациента в первую очередь необходимо выполнить**

- церебральную ангиографию
- удаление тампонады полости носа
- консультацию ЛОР-врача
- перевязку общей сонной артерии

**При нормальной ангиографии (отсутствие признаков повреждения внутренней сонной артерии по данным ангиографии) необходимо**

- удалить тампонаду полости носа
- выполнить ревизию операционной раны
- провести осмотр ЛОР
- повторить церебральную ангиографию через 5-7 дней

#### **Метод лечения осложнения зависит от**

- неврологического статуса, продолжительности повреждения артерии, диагностических и хирургических возможностей
- желания пациента
- наличия/отсутствия адекватного коллатерального кровообращения и извитости кавернозного отдела внутренней сонной артерии
- размера и локализации опухоли

#### **Основным методом лечения повреждения сонной артерии на уровне переднего колена кавернозного отдела ВСА при наличии адекватного коллатерального кровообращения является**

- установка стент-графта
- эндоваскулярная окклюзия внутренней сонной артерии на уровне дефекта ВСА
- клипирование аневризмы
- широкопросветный экстра-интракраниальный анастомоз

#### **Основным методом лечения повреждения сонной артерии при отсутствии адекватного коллатерального кровообращения является**

- экстраинтракраниальный микроанастомоз
- удаление тампонады
- эндоваскулярная окклюзия внутренней сонной артерии на уровне дефекта ВСА + Широкопросветный экстра-интракраниальный анастомоз
- липирование аневризмы

#### **Основным осложнением лечения дефекта внутренней сонной артерии является**

- внутримозговое кровоизлияние
- развитие эндокринных нарушений
- массивная кровопотеря
- острое нарушение мозгового кровообращения

#### **Удаление тампонады из полости носа осуществляется после**

- выполнения церебральной ангиографии

- закрытия дефекта внутренней сонной артерии
- стабилизации состояния пациента
- появления признаков воспаления в полости носа

#### **В раннем послеоперационном периоде показано проведение**

- ЭЭГ
- МРТ перфузии
- ультразвуковой доплерографии артерий головного мозга
- ультразвуковой доплерографии брахицефальных артерий

#### **Тактика лечения основного заболевания после закрытия дефекта сонной артерии заключается в**

- ЭЭГ
- МРТ перфузии
- ультразвуковой доплерографии артерий головного мозга
- ультразвуковой доплерографии брахицефальных артерий

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Женщина 27 лет с нормально протекающей беременностью, на 23 неделе доставлена бригадой СМП в приемное отделение РСЦ.

#### **Жалобы**

На головную боль, общую слабость, слабость в правых конечностях.

#### **Анамнез заболевания**

Ухудшение самочувствия резко сегодня утром, когда почувствовала внезапную головную боль, слабость в правых конечностях, появились нарушения речи. Вызвана бригада СМП, доставлена в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева.

#### **Анамнез жизни**

Нормально протекающая беременность 22-23 недели, хронический гастрит. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергических реакций нет.

#### **Объективный статус**

Status praesens.

Общее состояние: тяжелое.

Кожные покровы и видимые слизистые: обычной окраски.

Органы дыхания: ЧДД – 18 в 1 минуту. Аускультативно: дыхание везикулярное,

проводится по всем отделам, хрипов нет.

Органы кровообращения: область сердца не изменена. Гемодинамика: стабильная. Тоны сердца: ясные, ритмичные. PS: 78 в 1 минуту. АД – 150/80 мм рт. ст.

Органы пищеварения: живот увеличен в размере за счет беременной матки.

Органы мочевого выделения: физиологические отправления в норме.

На момент осмотра.

Уровень сознания: умеренное оглушение, 14 б. по ШКГ. Когнитивные функции: не нарушены.

Менингеальный синдром: ригидность мышц затылка.

Черепно-мозговые нервы: зрачки: OD = OS. Фотореакция: живая. Нистагм: отсутствует. Глазодвигательные нарушения: нет. Экзофтальм: нет. Птоз: нет. Диплопия: нет.

Слух: сохранен. Глоточный рефлекс: сохранен.

Положение головы и поднимание плеч: не нарушено. Язык: по средней линии.

Двигательная сфера/

Мышечный тонус: не изменен, D = S. Координация движений: нет.

Правосторонняя гемиплегия. Статическое равновесие: в позе Ромберга не проверялась.

Чувствительная система: нарушений чувствительности нет.

Сухожильные и периостальные рефлексы: D > S, средней живости.

Патологические стопные знаки: нет. Симптомы натяжения: нет.

Речь: дизартрия. Простые инструкции: выполняет.

### **К основным симптомам внутримозгового кровоизлияния у пациентки относят**

- дисплазию соединительной ткани, протеинурию, коагулопатию, феномен Аргайла Робертсона, оптокинетический нистагм, внутреннюю офтальмоплегию
- головную боль, общую слабость, слабость в правых конечностях, острое начало заболевания, угнетение сознания до оглушения, правостороннюю гемиплегию, дизартрию
- выявленные при объективном осмотре тоны сердца: ясные, ритмичные, PS – 78 в 1 минуту, повышение АД до 150/80 мм рт. ст., тяжелое состояние при поступлении
- некоррегированную артериальную гипертензию, межъядерную офтальмоплегию, асимметрию сухожильно-периостальных рефлексов, отрицательный симптом Бабинского

### **К обязательным методам исследования у беременных пациенток с подозрением на внутримозговое кровоизлияние относят**

- дисплазию соединительной ткани, протеинурию, коагулопатию, феномен Аргайла Робертсона, оптокинетический нистагм, внутреннюю офтальмоплегию
- головную боль, общую слабость, слабость в правых конечностях, острое начало заболевания, угнетение сознания до оглушения, правостороннюю гемиплегию, дизартрию
- выявленные при объективном осмотре тоны сердца: ясные, ритмичные, PS – 78 в 1 минуту, повышение АД до 150/80 мм рт. ст., тяжелое состояние при поступлении
- некоррегированную артериальную гипертензию, межъядерную офтальмоплегию, асимметрию сухожильно-периостальных рефлексов, отрицательный симптом Бабинского

## **Результаты обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом пациентки является**

- дисплазию соединительной ткани, протеинурию, коагулопатию, феномен Аргайла Робертсона, оптокинетический нистагм, внутреннюю офтальмоплегию
- головную боль, общую слабость, слабость в правых конечностях, острое начало заболевания, угнетение сознания до оглушения, правостороннюю гемиплегию, дизартрию
- выявленные при объективном осмотре тоны сердца: ясные, ритмичные, PS – 78 в 1 минуту, повышение АД до 150/80 мм рт. ст., тяжелое состояние при поступлении
- некоррегированную артериальную гипертензию, межъядерную офтальмоплегию, асимметрию сухожильно-периостальных рефлексов, отрицательный симптом Бабинского

## **Диагноз**

### **К основным параметрам, оцениваемым по данным компьютерной томографии головного мозга у беременных пациенток с внутримозговыми кровоизлияниями, относят**

- наличие или отсутствие признаков воспалительного процесса в придаточных пазухах, синус-тромбозов
- локализацию, объем гематомы, степень дислокации срединных структур, деформацию желудочковой системы
- сглаженность гиральной анатомии, ширину субарахноидальных пространств, наличие очагов лейкоареоза
- наличие или отсутствие костно-травматических повреждений свода и основания черепа, арахноидальных кист



**В данной клинической ситуации при внутримозговых гематомах неотложное прерывание беременности показано при**

- сроке беременности до 21 недели
- угнетении уровня сознания до глубокой комы
- геморрагическом инсульте на фоне преэклампсии и эклампсии
- сроке беременности до 12 недель

**В данной клинической ситуации беременной пациентке с верифицированным внутримозговым кровоизлиянием показана госпитализация в**

- операционную родильного блока
- гинекологическое отделение
- неврологическое или реанимационное отделение
- отделение патологии беременных

**При интракраниальном кровоизлиянии на фоне разрыва аневризмы у беременной пациентки тактика лечения заключается в**

- пролонгировании беременности, родоразрешении на максимально раннем сроке, после родоразрешения – нейрохирургическое вмешательство
- проведении симультанной операции – экстренное кесарево сечение и экстренном нейрохирургическом вмешательстве
- проведении неотложного нейрохирургического вмешательства
- динамическом наблюдении в условиях реанимации с контролем гемодинамических показателей

**К основным принципам терапии САК у беременных относят**

- использование ЗН-терапии (гиперволемия, гемодилюция, гипертензия), постельный режим, установку датчика внутричерепного давления, санационные люмбальные пункции
- гипотензию, гиповолемию, поддержание уровня сатурации не ниже 98%, противоотечную терапию маннитолом
- строгий контроль гемодинамических и электролитных показателей, кардиографическое мониторирование плода
- УЗИ плода каждые 3 часа с оценкой маточно-плацентарного кровотока, профилактику инфекционных осложнений

**В данной клинической ситуации тактика ведения беременной пациентки с разрывом АВМ и развитием отечно-дислокационного синдрома в 3 семестре заключается в**

- экстренном родоразрешении и удалении внутричерепной гематомы
- пункционной аспирации гематомы, пролонгировании беременности
- экстренной декомпрессивной трепанации черепа, пролонгировании беременности
- интенсивной терапии в отделении реанимации, родоразрешении оперативным путем в плановом порядке, после родоразрешения – эндоваскулярная эмболизация

**Тактика ведения беременных пациенток с разрывом АВМ и развитием отечно-дислокационного синдрома в 1 и 2 семестрах заключается в**

- многокомпонентной интенсивной терапии в условиях отделения реанимации
- оказании нейрохирургической помощи на фоне пролонгирования беременности
- прерывании беременности, двухэтапном выключении АВМ из кровотока с использованием эндоваскулярных методик
- введении пациентки в барбитуратовую кому с контролем основных показателей жизнедеятельности плода для пролонгирования беременности

**К основным этиологическим факторам внутримозгового кровоизлияния у беременных пациенток относят**

- применение лекарственных препаратов, влияющих на агрегации тромбоцитов, флeбэктомия в анамнезе
- осложнения течения беременности и патологию интракраниальных сосудов
- нарушения липидного обмена, артериальную гипертензию кризового течения
- наличие в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому или геморрагическому типу, многоводие

**К основным предрасполагающим факторам к формированию геморрагических инсультов у беременных относят**

- применение лекарственных препаратов, влияющих на агрегации тромбоцитов, флeбэктомия в анамнезе
- осложнения течения беременности и патологию интракраниальных сосудов
- нарушения липидного обмена, артериальную гипертензию кризового течения
- наличие в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому или геморрагическому типу, многоводие

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 66 лет доставлена в приемный покой регионального сосудистого центра в сопровождении дочери.

### Жалобы

Активно не формулирует из-за речевых нарушений и по тяжести состояния.

### Анамнез заболевания

Анамнез собран со слов дочери.

Обнаружена родственниками утром 10.07.2019, не разговаривала, ослабли правые конечности. Доставлена по СП в РСЦ.

### Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь, сахарный диабет II типа, мерцательная аритмия постоянная форма (антикоагулянты не принимает), болезнь Альцгеймера.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Принимает препараты, назначенные врачом-психиатром.

Аллергических реакций нет.

### Объективный статус

Неврологический и психический статус на момент осмотра.

Уровень сознания: умеренное оглушение, ШКГ – 13 (нарушение речи). NIHSS: 21 б. Ривермид: 0 б. Ранкин: 5 б.

Речевому контакту: недоступна из-за речевых нарушений.

Простые инструкции: не выполняет.

Речь: сенсомоторная, афазия.

Реакция на осмотр: сохранена.

Изменения психики: не оценить.

Когнитивные функции: оценить не представляется возможным.

Менингеальный синдром: нет.

Общемозговые симптомы: нет.

Черепно-мозговые нервы.

Гемианопсия: контрольным путем не выявлено. Зрачки: D = S. Фотореакция: сохранена. Нистагм: отсутствует. Глазодвигательные нарушения: парез взора, вправо. Роговичный, конъюнктивальный рефлекс: живой.

Чувствительность на лице: не изменена. Лицо: асимметрично, за счет сглаженности правой носогубной складки. Парез мягкого нёба: нет.

Глоточный рефлекс: сохранен. Язык: в полости рта.

Двигательная сфера.

Положение тела: вынужденная поза. Мышечный тонус: снижен в правых

конечностях. Мышечная сила: правосторонняя центральная гемиплегия.

Координаторная сфера.

Координаторные пробы: оценить невозможно из-за гемипареза. Нарушения чувствительности: нет. Рефлекторная сфера: D < S. Патологические стопные знаки Бабинского: справа.

Симптомы орального автоматизма: положительные.

Высшая нервная деятельность.

Письмо и чтение оценить не предоставляется возможным.

#### **К основным симптомам заболевания у данной пациентки относят**

- анизокорию, гемианопсию
- центральный паралич правого лицевого нерва, синдром Парино
- афазию, правостороннюю гемиплегию, угнетение уровня сознания
- симптомы орального автоматизма, патологические подошвенные рефлексы

#### **К необходимым для постановки диагноза пациентке инструментальным методам обследования относят**

- анизокорию, гемианопсию
- центральный паралич правого лицевого нерва, синдром Парино
- афазию, правостороннюю гемиплегию, угнетение уровня сознания
- симптомы орального автоматизма, патологические подошвенные рефлексы

#### **Результаты обследования**

#### **В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является**

- анизокорию, гемианопсию
- центральный паралич правого лицевого нерва, синдром Парино
- афазию, правостороннюю гемиплегию, угнетение уровня сознания
- симптомы орального автоматизма, патологические подошвенные рефлексы

#### **Диагноз**

#### **В данной клинической ситуации к основным характеристикам, оцениваемым при компьютерной томографии, относят**

- объем и локализацию паренхиматозной ишемии, наличие и степень дислокации срединных структур, оценку базальных парастволовых цистерн, оценку наличия синдрома «гиперденсивной» СМА
- исключение окклюзии ликворопроводящей системы, признаков окклюзионной гидроцефалии, определение косвенных признаков повышения ВЧД: сглаженность борозд, уменьшение ширины желудочковых, сужение конвекситальных субарахноидальных борозд
- исключение геморрагического компонента, церебральных аневризм, артериовенозных мальформаций, дуральных фистул, определение положения миндалик мозжечка по отношению к линии Чемберлена
- состояние желудочковой системы, подсчет всех видов вентрикуло-краниальных индексов, оценку гиральной анатомии, подсчет площади ишемии паренхимы головного мозга в процентах от общего объема мозговой ткани

**К нейровизуализационным предикторам неудовлетворительных исходов злокачественного инсульта в бассейне СМА в данной клинической ситуации относят**

- признаки атрофии вещества головного мозга, викарной гидроцефалии, увеличение конвекситальных субарахноидальных пространств, «пустого» турецкого седла, кальцификацию сосудистых сплетений боковых желудочков
- наличие сопутствующих костно-травматических повреждений костей свода и основания черепа, костей лицевого скелета, контузионные очаги вещества головного мозга, признаки пневмоцефалии, энцефалита и менингита
- объем инсульта более  $145 \text{ см}^3$ , вовлечение областей кровоснабжения ПМА и ЗМА, геморрагическую трансформацию, поперечную дислокацию (более 2 мм в первые 24 часа инсульта или более 7 мм в первые 48 часов инсульта)
- объем инсульта более  $100 \text{ см}^3$ , вовлечение областей кровоснабжения ПМА и ЗМА, геморрагическую трансформацию, поперечную дислокацию более 5 мм вне зависимости от временного фактора, формирование окклюзионной гидроцефалии

**В данной клинической ситуации консервативное лечение включает**

- соблюдение принципов 3Н терапии: гипervолемию, гипертензию, гемодилюцию
- профилактику инфекционных осложнений, восстановление самостоятельного дыхания, строгий контроль САД не более 130 мм рт. ст
- возвышенное положение нижних конечностей, ограничение гипервентиляции, предупреждение гипотермии, инфузионную терапию

- возвышенное положение головы, умеренную гипервентиляцию, гипотермию, барбитураты, осмотические диуретики

**В данной клинической ситуации единственным методом хирургического лечения злокачественного ишемического инсульта в бассейне СМА является**

- установка наружного вентрикулярного катетера
- удаление очага ишемии
- декомпрессивная гемикраниэктомия
- установка паренхиматозного датчика ВЧД

**В данной клинической ситуации к показаниям для хирургического лечения относятся**

- отсутствие кардиальной патологии, декомпенсированного сахарного диабета, отсутствие положительной динамики на фоне многокомпонентной интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения в течение трех суток
- уровень бодрствования по ШКГ – 9 баллов и более, наличие поперечной дислокации более 2 мм в первые 24 часа инсульта или более 7 мм в первые 48 часов инсульта, изолированную ишемию бассейна СМА
- отрицательную динамику в неврологическом статусе в первые 72 часа после поступления вне зависимости от степени дислокации срединных структур и наличия соматической патологии, отсутствие инфекционных процессов
- возраст пациента до 70 лет, отсутствие тяжелой соматической патологии, отсутствие коагулопатии, наличие в больнице гемокомпонентов для гемотрансфузии

**Хирургическое вмешательство в данной клинической ситуации включает**

- резекцию лобно-височно-теменного фрагмента черепа диаметром не менее 12 см, вскрытие твердой мозговой оболочки (ТМО) с последующей ее пластикой, с обязательным удалением некротической паренхимы мозга или парциальной лобэктомией
- установку паренхиматозного датчика ВЧД, резекционную трепанацию черепа в проекции очага ишемии с подвисочной декомпрессией, твердая мозговая оболочка не вскрывается
- резекцию лобно-височно-теменного фрагмента черепа диаметром не менее 12 см, вскрытие твердой мозговой оболочки (ТМО) с последующей ее пластикой
- костно-пластическую трепанацию черепа или декомпрессивную трепанацию черепа в зависимости от объема ишемического инсульта и степени дислокации срединных структур

### **В данной клинической ситуации краниопластика должна выполняться**

- в сроки от 1,5 до 6 месяцев
- через 12 месяцев
- при отсутствии мозговой грыжи по данным КТ головного мозга в послеоперационном периоде на любом сроке
- одномоментно с основной операцией

### **Наиболее частой причиной летального исхода пациентов со злокачественным инсультом в бассейне СМА является**

- тромбоэмболия легочной артерии
- внутрибольничная пневмония
- транстенториальное вклинение
- некорригированная артериальная гипертензия

### **Патофизиология внутричерепной гипертензии на фоне злокачественного инсульта базируется на первоначальном развитии**

- тромбоэмболия легочной артерии
- внутрибольничная пневмония
- транстенториальное вклинение
- некорригированная артериальная гипертензия

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 52 лет доставлена в приемный покой регионального сосудистого центра в сопровождении дочери.

### **Жалобы**

На головокружение, тошноту, рвоту.

### **Анамнез заболевания**

Заболела остро 13.07.2019, около 13-00 появились головокружение, пошатывание при ходьбе, тошнота.

### **Анамнез жизни**

Хронические и перенесенные заболевания: гипертоническая болезнь.

Травмы: отрицает.

Аллергологический анамнез: не переносит беродуал – сыпь.

Перенесенные операции: оперирована по поводу травмы позвоночника.

Постоянно принимает лекарственные препараты: не принимает.

## **Объективный статус**

Status praesens.

Общее состояние: тяжелое.

Кожные покровы и видимые слизистые: обычной окраски.

Органы дыхания: ЧДД 15 в 1 минуту. Аускультативно: дыхание везикулярное, проводится по всем отделам, хрипов нет.

Органы кровообращения: область сердца не изменена. Гемодинамика: стабильная. Тоны сердца: ясные, ритмичные. PS: 72 в 1 минуту, АД 180/75 мм рт. ст.

Органы пищеварения: живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут, участвует в акте дыхания.

Органы мочевыделения: физиологические отправления в норме.

Неврологический и психический статус на момент осмотра.

Уровень сознания: в сознании ШКГ –15 б. NIHSS: 2 б. Ривермид: 1 б. Ранкин: 4 б.

Речевому контакту: доступна. Простые инструкции: выполняет. Реакция на осмотр: сохранена. Изменения психики: эмоционально лабильна.

Когнитивные функции: сохранены.

Менингеальный синдром: нет.

Черепно-мозговые нервы.

Гемианопсия: контрольным путем не выявлена. Зрачки: D = S. Фотореакция: сохранена. Нистагм: мелкоразмашистый, горизонтальный. Диплопия: нет.

Роговичный, конъюнктивальный рефлекс: живой.

Чувствительность на лице: не изменена. Лицо: симметрично Парез мягкого нёба: нет. Глоточный рефлекс: сохранен. Язык: по средней линии.

Двигательная сфера.

Положение тела: вынужденная поза. Мышечный тонус: неизменен. Мышечная сила: достаточная. Координаторная сфера: координаторные пробы с интенцией, с двух сторон. Нарушения чувствительности: нет. Рефлекторная сфера D = S.

Симптомы орального автоматизма: положительные.

Высшая нервная деятельность: письмо и чтение не нарушено.

### **К основным симптомам заболевания у данной пациентки относят**

- симптом орального автоматизма, психические расстройства по типу эмоциональной лабильности, осциллопсию
- мелкоразмашистый горизонтальный нистагм при отсутствии диплопии, очаговые неврологические расстройства
- головокружение, тошноту, координаторные расстройства, острое начало
- отсутствие угнетения сознания, симметричность сухожильно-периостальных рефлексов



**К инструментальным методам обследования, необходимым для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относят**

- симптом орального автоматизма, психические расстройства по типу эмоциональной лабильности, осциллопию
- мелкоаппашистый горизонтальный нистагм при отсутствии диплопии, очаговые неврологические расстройства
- головокружение, тошноту, координаторные расстройства, острое начало
- отсутствие угнетения сознания, симметричность сухожильно-периостальных рефлексов

**Результаты обследования**

**В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является**

- симптом орального автоматизма, психические расстройства по типу эмоциональной лабильности, осциллопию
- мелкоаппашистый горизонтальный нистагм при отсутствии диплопии, очаговые неврологические расстройства
- головокружение, тошноту, координаторные расстройства, острое начало
- отсутствие угнетения сознания, симметричность сухожильно-периостальных рефлексов

**Диагноз**

**Признаками компрессии ствола при злокачественном течении инсульта мозжечка являются**

- гомолатеральный гемипарез или тетрапарез, патологический рефлекс Бабинского, горизонтальный парез взора, расходящееся косоглазие
- психомоторное возбуждение, судорожные приступы с переходом в эпилептический статус, анизокория, контралатеральный гемипарез
- некорректируемая гипертензия, нарушения сердечного ритма по типу мерцательной аритмии
- угнетение сухожильно-периостальных рефлексов, неукротимая рвота, аспирация желудочным содержимым

**К возможным видам оперативных вмешательств, выполняемых при данной патологии, относят**

- вентрикулостомию, субокципитальную декомпрессию
- вентрикуло-перитонеальное шунтирование, тривентрикулоцистерностомию

- декомпрессивную трепанацию черепа с пластикой ТМО, наложение фрезевых отверстий в проекции ЗЧЯ с двух сторон
- субокципитальную декомпрессию в сочетании с обязательным удалением очага ишемии, установку вентрикулярного датчика ВЧД

#### **Уровень сброса цереброспинальной жидкости после операции при наружном вентрикулярном дренировании**

- устанавливают на уровне 20 см выше отверстия Монро
- определяют скоростью сброса ликвора
- устанавливают на уровне 20 см ниже отверстия Монро
- устанавливают на уровне отверстия Монро

#### **В данной клинической ситуации показанием к проведению нейрохирургического вмешательства является**

- развитие глазодвигательных нарушений
- изначальное угнетение бодрствования глубже оглушения
- неукротимая рвота
- стабилизация гемодинамических показателей

#### **К показаниям для удаления вентрикулярного дренажа у пациентки в случае выполнения наружного вентрикулярного дренирования относят**

- повышение цитоза по анализам ликвора до 1000 в 3, фебрильную лихорадку
- стабилизацию состояния больного, визуализацию четвертого желудочка по данным контрольной КТ
- восстановление уровня сознания до ясного, но не позднее, чем через 7 суток
- повышение цитоза по анализам ликвора до 500 в 3, субфебрильную лихорадку

#### **Противопоказаниями к проведению хирургического лечения у пациентов с массивным инфарктом мозжечка являются**

- атоническая кома и опасная для жизни сопутствующая патология
- анемия и декомпенсированный сахарный диабет
- ВКК 2  $\geq$  30%, подозрение на наличие артериальных аневризм
- угнетение уровня сознания до глубокого оглушения и аннотокория

#### **В данной клинической ситуации площадь обнажаемой поверхности мозжечка при выполнении декомпрессивной операции**

- определяется выраженностью отека мозговой ткани, в абсолютных цифрах не измеряется
- составляет не менее 2/3 поверхности полушарий мозжечка
- составляет не более 2/3 поверхности полушарий мозжечка для предупреждения развития нестабильности
- составляет 1/2 поверхности полушарий мозжечка

**Главным фактором, способствующим развитию злокачественного течения инфаркта мозжечка, является**

- объем поражения не менее 1/3 трети полушария мозжечка
- объем поражения не менее 2/3 трети полушария мозжечка
- компрессия ствола головного мозга вне зависимости от объема поражения мозжечка
- объем поражения более 1/3 трети полушария мозжечка

**Специфическим симптомом поражения передней нижней мозжечковой артерии является**

- объем поражения не менее 1/3 трети полушария мозжечка
- объем поражения не менее 2/3 трети полушария мозжечка
- компрессия ствола головного мозга вне зависимости от объема поражения мозжечка
- объем поражения более 1/3 трети полушария мозжечка

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 51 год, доставлена в шоковый зал реанимационного отделения бригадой скорой медицинской помощи.

### **Жалобы**

Активно не предъявляет по тяжести состояния.

### **Анамнез заболевания**

Со слов очевидцев, за 2 часа до поступления упала по неосторожности с высоты собственного роста, ударилась головой, потеряла сознание.

### **Анамнез жизни**

Неизвестен

### **Объективный статус**

Общее состояние: Тяжелое  
 Уровень сознания: Умеренная кома ШКГ 7 баллов  
 температура тела 36.6  
 Кожа, видимые слизистые: обычной окраски  
 Дыхание:

ИВЛ через оротрахеальную трубку. Аускультативно: проводится во все отделы  
Сердечно-сосудистая система: ЧСС 90 АД 110 / 70 мм.рт.ст. Живот: не вздут,  
участвует в акте дыхания Пальпация живота: безболезненна симптомы  
раздражения брюшины: нет Симптом поколачивания: отрицательный  
Мочеиспускание: нет нарушений

Неврологический статус:

Уровень сознания: Умеренная кома ШКГ 7 баллов. Глазные щели:  
асимметричные из-за отека век слева. Зрачки: OD<OS. Фотореакция: OD - живая  
OS - отсутствует. Нистагм: горизонтальный. Конвергенция: отсутствует. Фиксация  
взора: отсутствует. Корнеальные рефлексы: живые. Лицо: Асимметричное из-за  
отека мягких тканей слева. Глоточный рефлекс: сохранен. Движения в  
конечностях: сохранены слева, справа сила мышц 0 баллов. Мышечный тонус:  
повышен справа. Диссоциация глубоких рефлексов по оси тела. Патологические  
стопные/кистевые знаки: Симптом Бабинского слева. Менингеальная  
симптоматика: не определяется Судороги: нет  
Локальный статус: Параорбитальная гематома слева. Поверхностные раны,  
осаднения области волосистой части головы слева.

**К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам  
обследования относят**

- объем поражения не менее 1/3 трети полушария мозжечка
- объем поражения не менее 2/3 трети полушария мозжечка
- компрессия ствола головного мозга вне зависимости от объема поражения мозжечка
- объем поражения более 1/3 трети полушария мозжечка

**Результаты обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом  
обследования является**

- объем поражения не менее 1/3 трети полушария мозжечка
- объем поражения не менее 2/3 трети полушария мозжечка
- компрессия ствола головного мозга вне зависимости от объема поражения мозжечка
- объем поражения более 1/3 трети полушария мозжечка

**Результаты обследования**

**Учитывая результаты проведенных исследований, предположительным  
диагнозом является**

- объемом поражения не менее 1/3 трети полушария мозжечка
- объемом поражения не менее 2/3 трети полушария мозжечка
- компрессия ствола головного мозга вне зависимости от объема поражения мозжечка
- объемом поражения более 1/3 трети полушария мозжечка

## **Диагноз**

### **Верной тактикой лечения данной пациентки является**

- консервативная терапия в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии
- консервативная терапия в условиях нейрохирургического отделения
- выполнение предоперационной подготовки в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, с последующим оперативным вмешательством в срочном порядке
- экстренное оперативное вмешательство

### **Корректной тактикой оперативного вмешательства является выполнение**

- декомпрессивной трепанации черепа слева с удалением острой субдуральной гематомы
- костно-пластической трепанации лобно-теменно-височной области слева с удалением острой субдуральной гематомы. Установка датчика внутричерепного давления
- закрытого наружного дренирования острой субдуральной гематомы
- закрытого наружного дренирования желудочковой системы головного мозга

### **При невозможности полноценного герметичного ушивания твердой мозговой оболочки во время проведения операции необходимо**

- выполнить герметичную пластику твердой мозговой оболочки с использованием ауто- или аллотрансплантатов
- наложить наводящие швы на твердую мозговую оболочку
- отказаться от ушивания твердой мозговой оболочки
- выполнить свободную пластику твердой мозговой оболочки по типу «Паруса»

### **Для профилактики вторичного повреждения головного мозга необходимо поддержание церебрального перфузионного давления на уровне + \_\_\_\_\_ + мм.рт.ст**

- 30-39

- 60 -70
- 40-49
- 50- 59

**Профилактикой послеоперационных инфекционных осложнений является**

- соблюдение правил асептики и антисептики персоналом
- введение антибактериальных препаратов непосредственно перед вскрытием твердой мозговой оболочки
- ушивание подкожной жировой клетчатки инвертированными узловыми швами
- использование рассасывающегося шовного материала при зашивании операционной раны
- введение антибактериальных препаратов непосредственно перед и во время проведения операции

**Активную коррекцию внутричерепного давления следует проводить при показателях выше +            + мм.рт.ст**

- 15
- 40
- 20
- 25

**Показанием к проведению вторичной декомпрессивной трепанации черепа является**

- сохранение уровня внутричерепного давления выше 20 мм.рт. ст. на фоне полного объема консервативной терапии внутричерепной гипертензии
- отсутствие положительной динамики уровня сознания пациента
- остаточная субдуральная гематома по данным контрольной компьютерной томографии
- возникновение раневой ликвореи в послеоперационном периоде

**Субдуральная гематома расположена между**

- листками твердой мозговой оболочки
- паутинной и мягкой мозговыми оболочками
- твердой и паутинной мозговыми оболочками
- твердой мозговой оболочкой и надкостницей

**После завершения стационарного лечения пациенту рекомендуется**

- листками твердой мозговой оболочки
- паутинной и мягкой мозговыми оболочками

- твердой и паутинной мозговыми оболочками
- твердой мозговой оболочкой и надкостницей

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 58 лет обратилась к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На двоение при взоре влево.

### **Анамнез заболевания**

Жалобы беспокоят в течение 6 месяцев.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания отрицает.
- \* Не курит, алкоголь не употребляет.
- \* На пенсии.
- \* Аллергических реакций не было.
- \* Семейный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 75/мин, АД 125/75 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени, личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Парез 6 нерва слева, чувствительность на лице не нарушена. Жевание не нарушено, мимика не нарушена, голос без изменений, нарушение глотания твердой пищи, плечи поднимает, язык по средней линии. Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка шаткая. Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены.

Эндокринный статус: Пангипопитуитаризм.

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- листками твердой мозговой оболочки
- паутинной и мягкой мозговыми оболочками
- твердой и паутинной мозговыми оболочками
- твердой мозговой оболочкой и надкостницей

## **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Выявленная патология у пациентки представляет собой**

- листками твердой мозговой оболочки
- паутинной и мягкой мозговыми оболочками
- твердой и паутинной мозговыми оболочками
- твердой мозговой оболочкой и надкостницей

## **Диагноз**

### **К оптимальным вариантам хирургического лечения и адъювантной терапии для данной пациентки относят**

- микрохирургическое транскраниальное удаление из ретросигмовидного доступа справа
- трансназальное эндоскопическое удаление, лучевую терапию
- микрохирургическое удаление из субфронтального доступа
- трахеостомию, вентрикулоперитонеальное шунтирование, гастростомию, паллиативное лечение

### **Снижение зрения у пациента вызвано**

- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга
- электролитными нарушениями
- компрессией хиазмы
- паранеопластическим синдромом

### **Показанием к хирургическому лечению пациентки с данной патологией является**

- компенсированное соматическое состояние
- обрастание опухолью кавернозного отдела внутренней сонной артерии
- наличие опухоли, вызывающей парез черепного нерва
- желание пациента

### **В послеоперационном периоде с целью исключения осложнений показано проведение компьютерной томографии или**

- селективной церебральной ангиографии



- магнитно-резонансной томографии головного мозга
- электроэнцефалографического мониторинга
- спиральной компьютерной томографии-ангиографии церебральных сосудов

**Перед трансназальным эндоскопическим удалением опухоли у пациентки необходимо провести**

- декомпрессию задней черепной ямки
- установку назогастрального зонда
- консультацию врача-оториноларинголога
- установку паренхиматозного датчика внутричерепного давления

**Одним из грозных осложнений, которые могут развиваться при эндоскопическом трансназальном удалении подобной опухоли основания черепа, является**

- повреждение слизистой оболочки носа
- повреждение клиновидно-небной артерии
- ликворея
- перфорация перегородки носа

**Степень деструкции костных структур опухолью необходимо оценивать по данным**

- функциональных проб
- спиральной компьютерной томографии
- анамнеза
- магнитно-резонансной томографии

**При хирургическом лечении опухолей основания черепа показано применение**

- масочного наркоза
- электронаркоза
- интубационного наркоза
- местной анестезии

**Противопоказанием для проведения трансназального удаления опухолей основания черепа является**

- амавроз
- острый ринит
- левосторонний гемипарез

- деменция

### После операции пациентке необходимы ежедневные консультации врача

- амавроз
- острый ринит
- левосторонний гемипарез
- деменция

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 67 лет обратилась к врачу-нейрохирургу.

### Жалобы

На шаткость при ходьбе, головные боли.

### Анамнез заболевания

Жалобы на шаткость при ходьбе и головные боли стали появляться в течение двух лет. В неврологическом статусе тетрапарез. Сила в конечностях 4 балла.

### Анамнез жизни

- \* Хронические заболевания отрицает.
- \* Не курит, алкоголь не употребляет.
- \* На пенсии.
- \* Аллергических реакций не было.
- \* Семейный анамнез не отягощен.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 75/мин, АД 125/75 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени, личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Зрительных нарушений нет, движения глаз без ограничений, чувствительность на лице не нарушена.

Жевание не нарушено, мимика не нарушена, голос без изменений, нарушений глотания нет, плечи поднимает, язык по средней линии. Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях по 4 балла. Движения в конечностях в полном объеме. Походка шаткая. Координаторные пробы без

нарушений. В позе Ромберга не стоит. Сухожильные рефлексы ослаблены. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены.

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- амавроз
- острый ринит
- левосторонний гемипарез
- деменция

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Выявленная патология у пациентки представляет собой**

- амавроз
- острый ринит
- левосторонний гемипарез
- деменция

**Диагноз**

**К оптимальным вариантам хирургического лечения и адъювантной терапии в данном случае относят**

- окципитоспондилодез, трансназальное эндоскопическое удаление зубовидного отростка
- декомпрессию задней черепной ямки, окципитоспондилодез, лучевую терапию
- микрохирургическое транскраниальное удаление из ретросигмовидного доступа справа
- декомпрессию задней черепной ямки, окципитоспондилодез

**Наличие тетрапареза у пациентки связано с**

- паранеопластическим синдромом
- электролитными нарушениями
- компрессией ствола мозга
- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга

**Показанием к хирургическому лечению пациентки с данной патологией является наличие**

- нарушения глотания

- инвагинированного зубовидного отростка, компремирующего ствольные структуры мозга
- снижения слуха
- нарушения носового дыхания, глотания, слуха, статики и походки, а также желание пациента

**В послеоперационном периоде с целью исключения послеоперационных осложнений показано проведение томографии или**

- магнитно-резонансной томографии головного мозга
- электроэнцефалографического мониторинга
- спиральной компьютерной томографии-ангиографии церебральных сосудов
- селективной церебральной ангиографии

**Перед трансоральным микрохирургическим доступом к структурам краниовертебрального перехода рациональнее всего проводить**

- установку паренхиматозного датчика внутричерепного давления
- наложение трахеостомы
- декомпрессию задней черепной ямки
- установку назогастрального зонда

**При базилярной импрессии установка шунтирующей системы необходима, когда**

- развиваются глазодвигательные нарушения
- происходит компрессия ствольных структур мозга
- развиваются бульбарные нарушения
- развивается гидроцефалия

**Оценка деструкции С1-С2 позвонков и ската черепа проводится по данным**

- функциональных проб
- спиральной компьютерной томографии
- анамнеза
- магнитно-резонансной томографии

**При хирургическом лечении базилярной импрессии используется**

- масочный наркоз
- местная анестезия
- электронаркоз
- интубационный наркоз

**Противопоказанием для проведения трансорального/трансназального удаления инвагинированного зубовидного отростка является**

- амавроз
- левосторонний гемипарез
- острый фарингит
- деменция

**После удаления переднего полукольца С1 позвонка и зубовидного отростка С2 позвонка возникает**

- амавроз
- левосторонний гемипарез
- острый фарингит
- деменция

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 58 лет обратилась к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На ежедневные некупируемые головные боли и снижение зрения, слабость, низкое артериальное давление.

### **Анамнез заболевания**

Жалобы беспокоят в течение 6 месяцев.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания отрицает.
- \* Не курит, алкоголь не употребляет.
- \* На пенсии.
- \* Аллергических реакций не было.
- \* Семейный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 75/мин, АД 125/75 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени,

личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Снижение зрения, глазодвигательных нарушений нет, чувствительность на лице не нарушена. Жевание не нарушено, мимика не нарушена, голос без изменений, нарушение глотания твердой пищи, плечи поднимает, язык по средней линии. Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка шаткая. Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга отклоняется в право. Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены. Эндокринный статус: Пангипопитуитаризм.

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- амавроз
- левосторонний гемипарез
- острый фарингит
- деменция

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Выявленная патология у пациентки представляет собой**

- амавроз
- левосторонний гемипарез
- острый фарингит
- деменция

**Диагноз**

**К оптимальным вариантам хирургического лечения и адъювантной терапии для данной пациентки относятся**

- трахеостомия, вентрикулоперитонеальное шунтирование, гастростомия, паллиативное лечение
- микрохирургическое транскраниальное удаление из ретросигмовидного доступа справа
- трахеостомия, вентрикулоперитонеальное шунтирование, лучевая терапия с последующим удалением через ретросигмовидный доступ
- трансназальное эндоскопическое удаление, лучевая терапия при нерадикальном удалении

**Снижение зрения в данном случае объясняется**

- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга
- электролитными нарушениями
- компрессией хиазмы
- паранеопластическим синдромом

**Показанием к хирургическому лечению пациентки с данной патологией является**

- компенсированное соматическое состояние, распространение опухоли в область диафрагмы турецкого седла
- желание пациента
- наличие опухоли, вызывающей снижение зрения и гормональные нарушения
- обрастание опухолью стебля гипофиза и сдавление гипофиза

**В послеоперационном периоде с целью исключения послеоперационных осложнений показано проведение компьютерной томографии или**

- селективной церебральной ангиографии
- электроэнцефалографического мониторинга
- магнитно-резонансной томографии головного мозга
- спиральной компьютерной томографии-ангиографии церебральных сосудов

**Перед трансназальным эндоскопическим удалением опухоли у пациента необходимо провести**

- консультацию врача-оториноларинголога
- декомпрессию задней черепной ямки
- установку паренхиматозного датчика внутричерепного давления
- установку назогастрального зонда

**Одним из грозных осложнений, которые могут развиваться при эндоскопическом трансназальном удалении подобной опухоли основания черепа, является**

- перфорация перегородки носа
- ликворея
- повреждение клиновидно-небной артерии
- повреждение слизистой оболочки носа

**Степень деструкции костных структур опухолью необходимо оценивать по данным**

- функциональных проб
- спиральной компьютерной томографии
- анамнеза
- магнитно-резонансной томографии

#### **При хирургическом лечении опухолей основания черепа проводится**

- масочный наркоз
- местная анестезия
- интубационный наркоз
- электронаркоз

#### **Противопоказанием для проведения трансназального удаления опухолей основания черепа является**

- острый ринит
- амавроз
- деменция
- левосторонний гемипарез

#### **После операции пациентке необходимы ежедневные консультации врача**

- острый ринит
- амавроз
- деменция
- левосторонний гемипарез

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 50 лет обратилась к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На шаткость при ходьбе и поперхивание при глотании твердой пищи.

### **Анамнез заболевания**

Жалобы на шаткость при ходьбе и поперхивание при глотании твердой пищи в течение года. Застойных дисков на глазном дне нет.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания отрицает.
- \* Не курит, алкоголь не употребляет.
- \* На пенсии.



\* Аллергических реакций не было.

\* Семейный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 75/мин, АД= 125/75 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени, личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Зрительных нарушений нет, движения глаз без ограничений, чувствительность на лице не нарушена. Жевание не нарушено, мимика не нарушена, голос без изменений, нарушение глотания твердой пищей, плечи поднимает, язык по средней линии.

Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка шаткая.

Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга отклоняется в право.

Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены.

### **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- острый ринит
- амавроз
- деменция
- левосторонний гемипарез

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Выявленная патология у пациентки представляет собой**

- острый ринит
- амавроз
- деменция
- левосторонний гемипарез

### **Диагноз**

#### **К оптимальным вариантам хирургического лечения и адьювантной терапии в данном случае относят**

- трахеостомию, вентрикулоперитонеальное шунтирование, гастростомию, паллиативное лечение
- трахеостомию, вентрикулоперитонеальное шунтирование, лучевую терапию с последующим удалением через ретросигмовидный доступ
- трансназальное эндоскопическое удаление, лучевую терапию
- микрохирургическое транскраниальное удаление из ретросигмовидного доступа справа

#### **Наличие нарушения глотания у пациента обусловлено**

- паранеопластическим синдромом
- электролитными нарушениями
- компрессией ствола мозга и IX пары черепно-мозговых нервов
- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга

#### **Показанием к хирургическому лечению пациентки с данной патологией является наличие**

- нарушения носового дыхания
- большого новообразования, вызывающего выраженную неврологическую симптоматику
- снижения слуха
- компенсированного соматического состояния, распространения опухоли в область ствола и нарушения глотания

#### **В послеоперационном периоде с целью исключения осложнений показано проведение компьютерной томографии или**

- магнитно-резонансной томографии головного мозга
- спиральной компьютерной томографии-ангиографии церебральных сосудов
- селективной церебральной ангиографии
- электроэнцефалографического мониторинга

#### **Перед трансоральным микрохирургическим доступом к структурам краниовертебрального перехода рациональнее всего проводить**

- установку паренхиматозного датчика внутричерепного давления
- декомпрессию задней черепной ямки
- наложение трахеостомы
- установку назогастрального зонда

#### **При менигиомах основания черепа установка шунтирующей системы необходима, когда**

- развивается гидроцефалия
- происходит компрессия стволовых структур мозга
- развиваются бульбарные нарушения
- развиваются глазодвигательные нарушения

#### **Оценка деструкции С1-С2 позвонков и ската черепа проводится по данным**

- функциональных проб
- анамнеза
- спиральной компьютерной томографии
- магнитно-резонансной томографии

#### **При хирургическом лечении менингиом основания черепа используется**

- интубационный наркоз
- электронаркоз
- местная анестезия
- масочный наркоз

#### **Противопоказанием для проведения трансорального/трансназального удаления менингиом краниовертебрального сочленения и ската черепа является**

- левосторонний гемипарез
- острый фарингит
- деменция
- амавроз

#### **После удаления переднего полукольца С1 позвонка и зубовидного отростка С2 позвонка возникает**

- левосторонний гемипарез
- острый фарингит
- деменция
- амавроз

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 30 лет обратилась к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На нарушение носового дыхания, снижение слуха и боль в правом ухе, осиплость голоса, нарушение глотания твердой пищи.

### **Анамнез заболевания**

Нарушение носового дыхания беспокоило в течение длительного времени, снижение слуха и боль в правом ухе, осиплость голоса, нарушение глотания твердой пищи стали беспокоить за 6 месяцев до госпитализации.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания отрицает.
- \* Не курит, алкоголь не употребляет.
- \* Работает преподавателем.
- \* Аллергических реакций не было.
- \* Семейный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70/мин, АД= 120/75 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени, личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Зрительных нарушений нет, движения глаз без ограничений, чувствительность на лице не нарушена.

Жевание не нарушено, мимика не нарушена, осиплость голоса, нарушение глотания твердой пищей, плечи поднимает, язык по средней линии.

Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка уверенная.

Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга стоит уверенно.

Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены.

### **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- левосторонний гемипарез
- острый фарингит
- деменция
- амавроз

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Выявленная патология у пациентки представляет собой**

- левосторонний гемипарез
- острый фарингит
- деменция
- амавроз

## **Диагноз**

### **К оптимальным вариантам хирургического лечения и адъювантной терапии для данной пациентки относят**

- микрохирургическое транскраниальное удаление из парамедианного субокципитального доступа, химиотерапию
- трансоральное микрохирургическое удаление опухоли с эндоскопической ассистенцией, лучевую терапию
- трахеостомию, вентрикулоперитонеальное шунтирование, гастростомию, паллиативное лечение
- трахеостомию, вентрикулоперитонеальное шунтирование, лучевую терапию с последующим удалением через ретросигмовидный доступ

### **Нарушения глотания у пациентки связаны с**

- паранеопластическим синдромом
- компрессией ствола мозга и IX пары черепно-мозговых нервов
- электролитными нарушениями
- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга

### **Показанием к хирургическому лечению пациентки с данной патологией является наличие**

- нарушения глотания
- снижение слуха
- компенсированного соматического состояния, распространения опухоли в область носоглотки
- большого новообразования, вызывающего выраженную неврологическую симптоматику

### **В послеоперационном периоде с целью исключения осложнений показано проведение компьютерной томографии или**

- магнитно-резонансной томографии головного мозга
- электроэнцефалографического мониторинга
- селективной церебральной ангиографии
- спиральной компьютерной томографии-ангиографии церебральных сосудов

**Перед трансоральным микрохирургическим доступом к структурам краниовертебрального перехода рациональнее всего проводить**

- установку назогастрального зонда
- наложение трахеостомы
- установку паренхиматозного датчика внутричерепного давления
- декомпрессию задней черепной ямки

**При хордомиомах основания черепа установка шунтирующей системы необходима, когда**

- развивается гидроцефалия
- происходит компрессия стволовых структур мозга
- развиваются глазодвигательные нарушения
- развиваются бульбарные нарушения

**Оценка деструкции С1-С2 позвонков и ската черепа проводится по данным**

- магнитно-резонансной томографии
- анамнеза
- функциональных проб
- спиральной компьютерной томографии

**При хирургическом лечении хордом основания черепа используется**

- местная анестезия
- электронаркоз
- интубационный наркоз
- масочный наркоз

**Противопоказанием для проведения трансорального/трансназального удаления хордом краниовертебрального сочленения является**

- левосторонний гемипарез
- деменция
- амавроз
- острый фарингит

**После удаления переднего полукольца С1 позвонка и зубовидного отростка С2 позвонка возникает**

- левосторонний гемипарез
- деменция
- амавроз
- острый фарингит

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 53 лет обратилась к врачу-нейрохирургу.

### Жалобы

На ежедневные некупируемые головные боли и двоение при взоре влево.

### Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят в течение 6 месяцев.

### Анамнез жизни

- \* Хронические заболевания отрицает.
- \* Не курит, алкоголь не употребляет.
- \* Работает преподавателем.
- \* Аллергических реакций не было.
- \* Семейный анамнез не отягощен.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70/мин, АД= 120/75 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени, личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Зрительных нарушений нет, движения глаз: не доводит левый глаз до наружной спайки при взоре влево, других глазодвигательных нарушений нет, чувствительность на лице не нарушена. Жевание не нарушено, мимика не нарушена, осиплость голоса, нарушение глотания твердой пищи, плечи поднимает, язык по средней линии. Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка уверенная. Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга стоит уверенно. Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены.

### К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится

- левосторонний гемипарез
- деменция

- амавроз
- острый фарингит

## **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Выявленная патология у пациентки представляет собой**

- левосторонний гемипарез
- деменция
- амавроз
- острый фарингит

## **Диагноз**

### **К оптимальным вариантам хирургического лечения и адъювантной терапии для данной пациентки относят**

- эндоскопическое трансназальное удаление опухоли с эндоскопической ассистенцией, лучевую терапию
- трахеостомию, вентрикулоперитонеальное шунтирование, лучевую терапию с последующим удалением через передний шейный доступ
- трахеостомию, вентрикулоперитонеальное шунтирование, гастростомию, паллиативное лечение
- микрохирургическое транскраниальное удаление из парамедианного субокципитального доступа, химиотерапию

### **Двоение у пациента обусловлено**

- компрессией отводящего нерва
- электролитными нарушениями
- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга
- паранеопластическим синдромом

### **Показанием к хирургическому лечению пациентки с данной патологией является**

- поражение пазухи клиновидной кости
- компенсированное соматическое состояние, распространение опухоли в область дна турецкого седла
- желание пациента и поражение пазухи клиновидной кости
- наличие большого новообразования, вызывающего выраженную неврологическую симптоматику



**В послеоперационном периоде с целью исключения осложнений показано проведение компьютерной томографии или**

- спиральной компьютерной томографии-ангиографии церебральных сосудов
- магнитно-резонансной томографии головного мозга
- селективной церебральной ангиографии
- электроэнцефалографического мониторинга

**Перед трансназальным эндоскопическим удалением опухоли у пациента необходимо провести**

- декомпрессию задней черепной ямки
- установку паренхиматозного датчика внутричерепного давления
- консультацию врача-оториноларинголога
- установку назогастрального зонда

**Одним из грозных осложнений, которые могут развиваться при эндоскопическом трансназальном удалении подобной опухоли основания черепа, является**

- ликворея
- перфорация перегородки носа
- повреждение слизистой оболочки носа
- повреждение клиновидно-небной артерии

**Степень деструкции костных структур опухолью необходимо оценивать по данным**

- функциональных проб
- магнитно-резонансной томографии
- спиральной компьютерной томографии
- анамнеза

**При хирургическом лечении опухолей основания черепа проводится**

- местная анестезия
- масочный наркоз
- интубационный наркоз
- электронаркоз

**Противопоказанием для проведения трансназального удаления опухолей основания черепа является**

- левосторонний гемипарез
- деменция
- острый ринит
- амавроз

### **После операции пациентке необходимы ежедневные консультации врача**

- левосторонний гемипарез
- деменция
- острый ринит
- амавроз

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 60 лет, обратилась к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На головные боли.

### **Анамнез заболевания**

Головные боли беспокоят в течение 5 месяцев.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает
- \* не курит, алкоголь не употребляет
- \* работает преподавателем
- \* аллергических реакций не было
- \* семейный анамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД = 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС = 70 уд в мин, АД=120/75 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени, личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Зрительных нарушений нет, движения глаз без ограничений, чувствительность на лице не нарушена. Жевание не нарушено, мимика не нарушена, осиплость голоса, нарушение глотания твердой пищей, плечи поднимает, язык по средней линии.

Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка уверенная. Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга стоит уверенно. Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены.

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- левосторонний гемипарез
- деменция
- острый ринит
- амавроз

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Выявленная патология представляет собой**

- левосторонний гемипарез
- деменция
- острый ринит
- амавроз

**Диагноз**

**Оптимальным вариантом хирургического лечения и адъювантной терапии для данного пациента является**

- трахеостомия, ВПШ, гастростомия, паллиативное лечение
- микрохирургическое транскраниальное удаление из парамедианного субокципитального доступа с последующей химиотерапией
- трансназальное микрохирургическое удаление опухоли с эндоскопической ассистенцией с дальнейшим курсом лучевой терапии
- трахеостомия, вентрикулоперитонеальное шунтирование, лучевая терапия с последующим удалением через ретросигмовидный доступ

**Нарушения глотания у пациента обусловлено**

- паранеопластическим синдромом
- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга
- электролитными нарушениями
- компрессией ствола мозга и IX пары ЧМН

**Показанием к хирургическому лечению пациентки с данной патологией является наличие**

- большого новообразования, вызывающего выраженную неврологическую симптоматику
- нарушения глотания
- снижение слуха
- компенсированного соматического состояния, распространения опухоли в область носоглотки

**В послеоперационном периоде с целью исключения осложнений показано проведение**

- СКТ-ангиографии церебральных сосудов
- ЭЭГ-мониторинга
- КТ или МРТ головного мозга
- селективной церебральной ангиографии

**Перед трансоральным микрохирургическим доступе к структурам краниовертебрального перехода рациональнее всего проводить**

- наложение трахеостомы
- установку паренхиматозного датчика ВЧД
- декомпрессию задней черепной ямки
- установку назогастрального зонда

**При хордомиомах основания черепа установка шунтирующей системы необходима, когда**

- развиваются глазодвигательные нарушения
- происходит компрессия стволовых структур мозга
- развивается гидроцефалия
- развиваются бульбарные нарушения

**Оценка деструкции С1-С2 позвонков проводится по данным**

- функциональных проб
- МРТ
- СКТ
- анамнеза

**При хирургическом лечении хордом основания черепа используется**

- электронаркоз
- интубационный наркоз

- масочный наркоз
- местная анестезия

**Противопоказанием для проведения трансорального/трансназального удаления хордом краниовертебрального сочленения является**

- амавроз
- острый фарингит
- деменция
- левосторонний гемипарез

**После удаления переднего полукольца С1 позвонка и зубовидного отростка С2 позвонка возникает**

- амавроз
- острый фарингит
- деменция
- левосторонний гемипарез

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 47 лет обратился к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На снижения памяти, головные боли, снижение зрения.

### **Анамнез заболевания**

Указанные жалобы беспокоят в течение нескольких месяцев.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания отрицает.
- \* Не курит, алкоголь не употребляет.
- \* Работает водителем.
- \* Аллергических реакций не было.
- \* Семейный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 74/мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: В сознании. Дезориентирован в месте, времени. В личной ситуации ориентирован правильно. Критика снижена. Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Снижение зрения, глазодвигательных нарушений нет, чувствительность на лице не нарушена. Жевание не нарушено, мимика не нарушена, голос без изменений, нарушение глотания твердой пищи, плечи поднимает, язык по средней линии. Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка шаткая. Координаторные пробы не выполняет. В позе Ромберга отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует, периодическое недержание мочи. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены. Эндокринный статус: вторичный гипотиреоз, вторичный гипогонадизм. Пролактин в норме.

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются**

- амавроз
- острый фарингит
- деменция
- левосторонний гемипарез

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Учитывая клинико-рентгенологические данные пациента, можно диагностировать**

- амавроз
- острый фарингит
- деменция
- левосторонний гемипарез

**Диагноз**

**Оптимальным вариантом хирургического лечения и адъювантной терапии является**

- микрохирургическое транскраниальное удаление из ретросигмовидного доступа справа
- трансназальное эндоскопическое удаление, лучевая терапия при нерадикальном удалении

- трансоральное микрохирургическое удаление с предварительной трахеостомой и последующей лучевой терапией
- вентрикулоперитонеальное шунтирование, гастростомия, паллиативное лечение

#### **Снижение зрения в данном случае объясняется**

- паранеопластическим синдромом
- электролитными нарушениями
- компрессией хиазмы
- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга

#### **Показанием к хирургическому лечению пациента с данной патологией является**

- компенсированное соматическое состояние
- наличие опухоли, вызывающей окклюзию люкворо-проводящих путей
- желание пациента
- обрастание опухолью кавернозного отдела внутренней сонной артерии

#### **В послеоперационном периоде с целью исключения послеоперационных осложнений показано проведение компьютерной томографии или**

- спиральной компьютерной томографии-ангиографии церебральных сосудов
- электроэнцефалографического мониторинга
- магнитно-резонансной томографии головного мозга
- селективной церебральной ангиографии

#### **Перед удалением аденомы гипофиза необходимо выполнить**

- консультацию врача-эндокринолога
- установку назогастрального зонда
- установку паренхиматозного датчика внутричерепного давления
- декомпрессию задней черепной ямки

#### **Одним из осложнений, которые могут развиваться при вскрытии лобной пазухи при транскраниальном микрохирургическом удалении аденом гипофиза, является**

- разрез кожи
- повреждение слизистой оболочки носа
- ликворея
- повреждение надкостницы

**Степень деструкции костных структур опухолью необходимо оценивать по данным**

- анамнеза
- магнитно-резонансной томографии
- спиральной компьютерной томографии
- функциональных проб

**При хирургическом лечении опухолей основания черепа рекомендуется проведение**

- масочного наркоза
- интубационного наркоза
- местной анестезии
- электронаркоза

**Противопоказанием для проведения транскраниального удаления аденом гипофиза является**

- амавроз
- левосторонний гемипарез
- деменция
- острый фронтит

**После операции пациенту необходима консультация врача**

- амавроз
- левосторонний гемипарез
- деменция
- острый фронтит

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 65 лет обратился к врачу-нейрохирургу.

### **Жалобы**

На генерализованный эпилептический приступ.

### **Анамнез заболевания**

Эпилептические приступы повторяются 1 раз в месяц в последние полгода.

### **Анамнез жизни**

\* Хронические заболевания отрицает.



- \* Не курит, алкоголь не употребляет.
- \* На пенсии.
- \* Аллергических реакций не было.
- \* Семейный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 74/мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени, личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Снижение зрения, глазодвигательных нарушений нет, чувствительность на лице не нарушена. Жевание не нарушено, мимика не нарушена, голос без изменений, нарушение глотания твердой пищи, плечи поднимает, язык по средней линии.

Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка шаткая. Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены.

Эндокринный статус: явных гипопитуитарных нарушений не выявлено.

Нейроофтальмологический статус: Нейроофтальмологической симптоматики не выявлено.

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является**

- амавроз
- левосторонний гемипарез
- деменция
- острый фронтит

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **С учетом клинико-рентгенологических данных, предположительным диагнозом является**

- амавроз
- левосторонний гемипарез
- деменция

- острый фронтит

## **Диагноз**

### **Развитие перифокального отека вокруг опухоли связано с**

- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга
- головными болями
- явлениями внутричерепной гипертензии
- электролитными нарушениями

### **Показанием к хирургическому лечению пациента с данной патологией является наличие**

- тошноты, рвоты
- опухоли, вызывающей масс-эффект
- паранеопластического синдрома
- головной боли

### **К оптимальным вариантам хирургического лечения и адъювантной терапии для данного пациента относят**

- трахеостомию и вентрикулоперитонеальное шунтирование с последующим паллиативным лечением
- транскраниальное удаление опухоли
- трансназальное удаление опухоли с предварительной установкой вентрикулярного дренажа
- микрохирургическое транскраниальное удаление из ретросигмовидного доступа справа

### **В послеоперационном периоде с целью исключения послеоперационных осложнений показано проведение компьютерной томографии или**

- магнитно-резонансной томографии головного мозга
- селективной церебральной ангиографии
- электроэнцефалографического мониторинга
- спиральной компьютерной томографии-ангиографии церебральных сосудов

### **Если пациента беспокоят эпилептические приступы, необходимо выполнить**

- декомпрессию задней черепной ямки
- электроэнцефалографию
- установку паренхиматозного датчика внутричерепного давления
- установку назогастрального зонда

**Одним из осложнений, которые могут развиваться при вскрытии лобной пазухи при транскраниальном микрохирургическом удалении менингиом ольфакторной ямки, является**

- ликворея
- повреждение надкостницы
- повреждение слизистой оболочки носа
- разрез кожи

**Степень деструкции костных структур опухолью необходимо оценивать по данным**

- спиральной компьютерной томографии
- магнитно-резонансной томографии
- анамнеза
- функциональных проб

**При хирургическом лечении опухолей основания черепа рекомендуется проведение**

- электронаркоза
- интубационного наркоза
- местной анестезии
- масочного наркоза

**Противопоказанием для проведения транскраниального удаления менингиом ольфакторной ямки является**

- деменция
- амавроз
- острый фронтит
- левосторонний гемипарез

**После операции пациенту необходима консультация врача**

- деменция
- амавроз
- острый фронтит
- левосторонний гемипарез

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Пациент 68 лет обратился к врачу-нейрохирургу.

## **Жалобы**

На постепенное снижение зрения.

## **Анамнез заболевания**

Зрение снижается в течение 6 лет.

## **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания отрицает.
- \* Не курит, алкоголь не употребляет.
- \* На пенсии.
- \* Аллергических реакций не было.
- \* Семейный анамнез не отягощен.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. В лёгких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 74/мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание: ясное. Ориентировка в месте, времени, личной ситуации правильная. Критика сохранена.

Менингеальных знаков нет. Запахи различает. Снижение зрения, глазодвигательных нарушений нет, чувствительность на лице не нарушена. Жевание не нарушено, мимика не нарушена, голос без изменений, нарушение глотания твердой пищи, плечи поднимает, язык по средней линии.

Чувствительность на теле и конечностях без нарушений. Сила в конечностях достаточная. Движения в конечностях в полном объеме. Походка шаткая.

Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга отклоняется вправо.

Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены.

Эндокринный статус: явных гипопитуитарных нарушений не выявлено.

Нейроофтальмологический статус: Острота зрения: OD: 0,1. OS: 0,3. Описание полей зрения: изменено по битемпоральному типу с нарушением центрального зрения на OD.

Движения глаз в полном объеме.

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются**

- деменция
- амавроз
- острый фронтит
- левосторонний гемипарез

## **Результаты инструментальных методов обследования**

### **С учетом клинико-рентгенологических данных предположительным диагнозом является**

- деменция
- амавроз
- острый фронтит
- левосторонний гемипарез

## **Диагноз**

### **Снижение зрения у данного пациента связано с**

- головными болями
- нарушением мозгового кровообращения в коре головного мозга
- компрессией хиазмы
- электролитными нарушениями

### **Показанием к хирургическому лечению пациента с данной патологией является наличие**

- опухоли хиазмально-селлярной области, вызывающей снижение зрения
- паранеопластического синдрома
- обрастание опухолью стебля гипофиза и сдавление гипофиза
- компенсированное соматическое состояние, распространение опухоли в область диафрагмы турецкого седла

### **К оптимальным вариантам хирургического лечения и адьювантной терапии для данного пациента относят**

- трахеостомию, вентрикулоперитонеальное шунтирование, гастростомию, паллиативное лечение
- микрохирургическое транскраниальное удаление из ретросигмовидного доступа справа
- трахеостомию, вентрикулоперитонеальное шунтирование, лучевую терапию с последующим удалением через ретросигмовидный доступ
- транскраниальное удаление опухоли

**В послеоперационном периоде с целью исключения послеоперационных осложнений показано проведение компьютерной томографии или**

- магнитно-резонансной томографии головного мозга
- электроэнцефалографического мониторинга
- спиральной компьютерной томографии-ангиографии церебральных сосудов
- селективной церебральной ангиографии

**Перед транскраниальным удалением менингиомы бугорка турецкого седла необходимо провести**

- декомпрессию задней черепной ямки
- установку назогастрального зонда
- консультацию врача-офтальмолога
- установку паренхиматозного датчика внутричерепного давления

**Одним из осложнений, которые могут развиваться при вскрытии лобной пазухи при транскраниальном микрохирургическом удалении менингиом бугорка турецкого седла, является**

- ликворея
- повреждение слизистой оболочки носа
- разрез кожи
- повреждение надкостницы

**Степень деструкции костных структур опухолью необходимо оценивать по данным**

- функциональных проб
- спиральной компьютерной томографии
- анамнеза
- магнитно-резонансной томографии

**При хирургическом лечении опухолей основания черепа рекомендуется проведение**

- местной анестезии
- масочного наркоза
- интубационного наркоза
- электронаркоза

**Противопоказанием для проведения транскраниального удаления менингиом бугорка турецкого седла является**

- левосторонний гемипарез
- острый фронтит
- деменция
- амавроз

### **После операции пациенту необходима консультация врача**

- левосторонний гемипарез
- острый фронтит
- деменция
- амавроз

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 52 лет был избит неизвестными (со слов бригады СМП). Работниками бригады СМП был доставлен в стационар.

### **Жалобы**

На сильную головную боль, сонливость, боль в области собственно раны, головокружение.

### **Анамнез заболевания**

Сообщить о происшедшем не может – обстоятельства получения травмы не помнит.

### **Анамнез жизни**

Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 2. Постоянно принимает Капотен 25 мг утром и вечером. Аллергоанамнез не отягощён. Операции, гемотрансфузии отрицает. Вредные привычки – курение, стаж 15 лет. ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание поверхностное оглушение 13-14 баллов по ШКГ. Ушибленная рана теменной области справа, умеренно кровоточит. Множественные ушибы, ссадины мягких тканей лица. Рефлексы на верхних и нижних конечностях средней живости, D=S. Зрачки OD=OS, фотореакция живая, содружественная. Менингеальной симптоматики нет, патологические стопные знаки отрицательны. Определяется наличие общемозговой симптоматики.

### **Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами являются**

- левосторонний гемипарез
- острый фронтит
- деменция
- амавроз

### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся**

- левосторонний гемипарез
- острый фронтит
- деменция
- амавроз

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **На основании жалоб, клинической картины и данных лабораторных и инструментальных методов исследования, больному можно поставить диагноз**

- левосторонний гемипарез
- острый фронтит
- деменция
- амавроз

### **Диагноз**

#### **Клиническим и анамнестическим критерием, свидетельствующим о наличии открытой ЧМТ, открытой раны волосистой части головы у данного пациента, является наличие**

- однократной рвоты
- открытой раны правой теменной области
- тошноты
- головокружения

### **Пациенту показано**

- бритье раневой области, ПХО раны правой теменной области
- консервативное лечение в отделении интенсивной терапии
- консервативное лечение в стационаре
- консервативное лечение амбулаторно



**Одним из критериев эффективности проводимой терапии является**

- заживание раны вторичным натяжением
- правильность наложения швов
- состоятельность шва
- остановка кровотечения из раны

**Дальнейшая тактика ведения пациента включает**

- госпитализацию в отделении нейрохирургии
- госпитализацию в неврологическое отделение
- госпитализацию в терапевтическое отделение
- амбулаторное лечение в поликлинике по месту жительства

**Госпитализация данного пациента составляет + \_\_\_\_\_ + дня/дней**

- 5
- 7
- 0
- 3

**Специалистом, лечащим эту патологию амбулаторно, является**

- травматолог
- психиатр
- невролог
- терапевт

**Швы необходимо снимать на + \_\_\_\_\_ + сутки от момента наложения**

- 7-ые
- 5-ые
- 3-и
- 12-ые

**Данному пациенту консультация офтальмолога**

- показана
- не показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе

**Проведение декомпрессивной трепанации черепа для данного больного**

- показана

- не показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 23 года доставлен бригадой СМП в приёмное отделение больницы в кабинет нейрохирурга.

### **Жалобы**

Жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, боль в месте ушиба, истечение ликвора из левого наружного слухового прохода.

### **Анамнез заболевания**

Со слов пациента, упал с высоты собственного роста, поскользнувшись на мокром полу.

### **Анамнез жизни**

Рос и развивался в соответствии возрасту, от сверстников в развитии не отставал. Прививки выполнял согласно календарю прививок. Сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает. Контакт с инфекционными больным отрицает. За последние 3 месяца пределы Московской области не покидал. Живёт в семье. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ветряная оспа. Операции и гемотрансфузии отрицает. Аллергоанамнез не отягощён.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное 15 баллов по ШКГ. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД = 16 в 1 минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет над всей поверхностью лёгких. ЧСС=PS=76 ударов в 1 минуту, дефицита пульса нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических сердечных шумов нет. Органы пищеварения и половая система без особенностей. Контактен, адекватен, ориентирован в месте и времени. Простые инструкции выполняет. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, пошатывание в позе Ромберга. Нистагм мелкоамплитудный, горизонтальный. Ригидности нет, слабopоложительный симптом Бабинского справа. Патологические стопные знаки отсутствуют. Парезов и параличей нет. Зрачки OD=OS. Фотореакция живая, содружественная. Наличие общемозговой симптоматики. Гематома лобной области слева. При пальпации резко болезненна.

**Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами являются**

- показана
- не показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе

### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся**

- показана
- не показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **На основании жалоб, клинической картины и данных лабораторных и инструментальных методов исследования, больному можно поставить диагноз**

- показана
- не показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе

### **Диагноз**

#### **К клиническим и анамнестическим критериям, свидетельствующим о наличии ушиба головного мозга у данного пациента, относят**

- наличие перелома чешуи левой височной кости с переходом на пирамиду
- наличие контузионных очагов 1-2 вида в лобно-височно-теменной долях слева
- отоликворею
- наличие ушиба мягких тканей височной области слева

#### **Пациенту показано назначение**

- винпоцетина, пирацетама, мексидола, кеторола
- нифедипина, биспролола, амлодипина, циклодола
- преднизолона, фуросемида, amitриптилина, биспролола
- анальгина, кофеина, клопексола, трамала

**К критериям эффективности проводимой терапии относят**

- снижение когнитивных функций
- увеличение диуреза
- количество дней госпитализации
- исчезновение отоликвореи, уменьшение контузионных очагов

**Тактикой дальнейшего ведения пациента служит**

- госпитализация в неврологическое отделение
- госпитализация в терапевтическое отделение
- госпитализация в отделение нейрохирургии
- амбулаторное лечение в поликлинике по месту жительства

**Госпитализация данного пациента составляет + \_\_\_\_\_ + дней**

- 5
- 10-12
- 3
- 7-9

**Специалистом по лечению данного заболевания является**

- невролог
- нейрохирург
- травматолог
- терапевт

**Данному пациенту назначение мочегонной терапии**

- показано, коротким курсом 3-4 дня
- показано однократно
- не показано
- показано

**Данному пациенту консультация офтальмолога**

- показана
- не показана
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана, если у больного нарушено зрение

**Проведение люмбальной пункции данному пациенту**

- показана

- не показана
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана, если у больного нарушено зрение

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 69 лет доставлен бригадой СМП в приёмное отделение больницы в кабинет нейрохирурга. Со слов бригады СМП, обнаружен на улице. Больной находится в бессознательном состоянии.

### **Жалобы**

Не предъявляет по тяжести состояния.

### **Анамнез заболевания**

Неизвестен.

### **Анамнез жизни**

Неизвестен.

### **Объективный статус**

Общее состояние тяжёлое, сознание: сопор 9-10 баллов по ШКГ. Кожные покровы бледные. ЧДД = 14 в 1 минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет над всей поверхностью лёгких. ЧСС=PS=66 ударов в 1 минуту, дефицита пульса нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических сердечных шумов нет. Органы пищеварения и половая система без особенностей. Нистагм мелко размашистый, горизонтальный. Ригидность затылочных мышц, положительный симптом Бабинского с обеих сторон. Правосторонняя гемиплегия. Зрачки OD=OS. Фотореакция сохранена, содружественная. Гематома лобной области справа.

### **Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами являются**

- показана
- не показана
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана, если у больного нарушено зрение

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся**

- показана
- не показана
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана, если у больного нарушено зрение

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **На основании жалоб, клинической картины и данных лабораторных и инструментальных методов исследования, больному можно поставить диагноз**

- показана
- не показана
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана, если у больного нарушено зрение

### **Диагноз**

#### **К клиническим и анамнестическим критериям, свидетельствующим о наличии ушиба головного мозга у данного пациента, относят наличие**

- наличие ушиба мягких тканей лобной области справа. Правосторонняя гемиплегия, Положительный симптом Бабинского. Общемозговая симптоматика
- данные клинического анализа спинномозговой жидкости. Правосторонняя гемиплегия, Положительный симптом Бабинского. Общемозговая симптоматика
- КТ признаки внутримозговой гематомы правой лобной доли в объеме 50 мл, контузионные очаги 3-4 вида, дислокация срединных структур мозга 6 мм
- сопор – 9-10 баллов по ШКГ. Правосторонняя гемиплегия, Положительный симптом Бабинского. Общемозговая симптоматика

#### **Пациенту показано назначение**

- консервативной терапии в условиях отделения неврологии
- планового оперативного вмешательства
- экстренной декомпрессивной трепанации черепа с удалением внутримозговой гематомы
- амбулаторного лечения по месту жительства

#### **К критериям эффективности проводимой терапии относят**

- количество дней госпитализации. Правильно выполненная декомпрессивная трепанация черепа. Гемостаз. Уменьшение ВЧД
- большой послеоперационный дефект кости. Правильно выполненная декомпрессивная трепанация черепа. Гемостаз. Уменьшение ВЧД
- снижение когнитивных функций. Правильно выполненная декомпрессивная трепанация черепа. Гемостаз. Уменьшение ВЧД
- полное удаление внутримозговой гематомы, уменьшение дислокации срединных структур. Правильно выполненная декомпрессивная трепанация черепа. Гемостаз. Уменьшение ВЧД

**Тактикой дальнейшего ведения пациента является**

- госпитализация в отделение нейрохирургии
- госпитализация в неврологическое отделение
- амбулаторное лечение в поликлинике по месту жительства
- госпитализация в терапевтическое отделение

**Госпитализация данного пациента составляет \_\_\_\_\_ (в днях)**

- 15
- 3
- 5
- 7

**Специалистом по лечению данного заболевания является**

- травматолог
- терапевт
- нейрохирург
- невролог

**Назначение мочегонных препаратов данному пациенту**

- показано только после операции
- не показано
- показано
- показано только перед операцией

**Данному пациенту консультация офтальмолога**

- не показана
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе

## Проведении диагностической люмбальной пункции данному пациенту

- не показана
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больной 60 лет доставлен бригадой СМП в приёмное отделение больницы после эпилептического припадка.

### Жалобы

Жалобы на головную боль, тошноту, однократную рвоту, гнусавость голоса, снижение зрения, впервые возникший эпилептический припадок.

### Анамнез заболевания

Со слов пациента считает себя больным около 1,5 лет, когда впервые появилась головная боль, стало постепенно снижаться зрение. Данную госпитализацию связывает с ухудшением состояния, впервые возникшим эпилептическим припадком.

### Анамнез жизни

Рос и развивался в соответствии возрасту, от сверстников в развитии не отставал. Прививки выполнял согласно календарю прививок. Сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает. Контакт с инфекционными больным отрицает. За последние 3 месяца пределы Московской области не покидал. Живёт в семье. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ветряная оспа. Операции и гемотрансфузии отрицает. Аллергоанамнез не отягощён. Артериальная гипертензия 3 стадия, 3 степень, риск 4.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное 15 баллов по ШКГ. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД = 16 в 1 минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет над всей поверхностью лёгких. ЧСС=PS=76 ударов в 1 минуту, дефицита пульса нет. Тоны сердца приглушённые, ритмичные. Патологических сердечных шумов нет. Органы пищеварения и половая система без особенностей. Контактен, адекватен, ориентирован в месте и времени. Простые инструкции выполняют. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, пошатывание в позе Ромберга. Нистагм мелкокорзинчатый, горизонтальный. Ригидности нет, слабopоложительный симптом Бабинского справа. Парезов и параличей нет. Отмечается тремор верхних конечностей.



Зрачки OD=OS. Фотореакция живая, содружественная. Наличие общемозговой симптоматики.

**Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами являются**

- не показана
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе

**Результаты лабораторных методов обследования**

**К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся**

- не показана
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе

**Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании жалоб, клинической картины и данных лабораторных и инструментальных методов исследования, больному можно поставить предполагаемый диагноз**

- не показана
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе

**Диагноз**

**Клиническими и анамнестическими критериями, свидетельствующими о наличии новообразования ствола головного мозга у данного пациента, являются**

- артериальная гипертензия. Эпилепсия в анамнезе. Формирование эпилептического статуса
- впервые возникший первично-генерализованный приступ. Выраженная общемозговая и менингеальная симптоматика
- наличие ярко выраженной общемозговой и менингеальной симптоматики и повторного вторично-генерализованного приступа

- КТ признаки объёмного образования ствола головного мозга. Наличие у данного пациента общемозговой симптоматики, впервые возникшего эпилептического приступа

#### **Пациенту показано назначение**

- химиотерапии, радиотерапии, гормональной терапии
- ноотропной терапии, сосудистой терапии, анальгетической терапии
- хирургического вмешательства, противоопухолевой терапии, анальгетической терапии
- ноотропной терапии, химиотерапии, антигипертензивной терапии

#### **К критериям эффективности проводимой терапии относят**

- уменьшение объёма опухоли после операции, дальнейший регресс опухолевой ткани на фоне химиотерапии, купирование болевого синдрома, прекращение эпилептических припадков
- снижение когнитивных функций, регресс общемозговой и менингеальной симптоматики, единичные абсансы
- исчезновение болей на фоне анальгетической терапии, формирование алопеции, появление тошноты, рвоты, астенизацию
- на фоне проводимой терапии полное восстановление зрения, астенизацию, прогрессирование алопеции, незначительное снижение болевого синдрома

#### **Тактикой дальнейшего ведения пациента является**

- амбулаторное лечение в поликлинике по месту жительства
- госпитализация в отделение нейрохирургии
- госпитализация в терапевтическое отделение
- госпитализация в неврологическое отделение

#### **Госпитализация данного пациента составляет \_\_\_\_\_ (в днях)**

- 7-10
- 15-17
- 3
- 5

#### **Специалистом по лечению данного заболевания является**

- терапевт
- нейрохирург
- эпилептолог
- кардиолог

### Назначение противосудорожных препаратов данному пациенту

- показано, однократно
- показано, коротким курсом 3-4 дня
- не показано
- показано, постоянно

### Данному пациенту консультация офтальмолога

- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- не показана
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение

### Проведении ангиографии данному пациенту

- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- не показана
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 30 лет доставлен бригадой СМП в приёмное отделение больницы в кабинет нейрохирурга.

### **Жалобы**

Жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, боль в месте ушиба.

### **Анамнез заболевания**

Со слов пациента: во время проведения ремонтных работ на него упала арматура.

### **Анамнез жизни**

Рос и развивался в соответствии возрасту, от сверстников в развитии не отставал. Прививки выполнял согласно календарю прививок. Сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает. Контакт с инфекционными больным отрицает. За последние 3 месяца пределы Московской области не покидал. Живёт в семье. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ветряная оспа. Операции и гемотрансфузии отрицает. Аллергоanamнез не отягощён.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное 15 баллов по ШКГ. Кожа

и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД = 16 в 1 минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет над всей поверхностью лёгких. ЧСС=PS=76 ударов в 1 минуту, дефицита пульса нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических сердечных шумов нет. Органы пищеварения и половая система без особенностей. Контактен, адекватен, ориентирован в мете и времени. Простые инструкции выполняют. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, пошатывание в позе Ромберга. Нистагм мелко-размашистый, горизонтальный. Ригидности нет. Патологические стопные знаки отсутствуют. Парезов и параличей нет. Зрачки OD=OS. Фотореакция живая, содружественная. Наличие общемозговой симптоматики. Ушибленно-рваная рана, гематома теменной области справа. При пальпации резко болезненна.

**Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами являются**

- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- не показана
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение

**Результаты лабораторных методов обследования**

**К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся**

- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- не показана
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Предполагаемым диагнозом на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, является**

- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- не показана
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение

**Диагноз**

**К клиническим и анамнестическим критериям, свидетельствующим о наличии субдуральной гематомы и вдавленного перелома костей свода черепа у данного пациента, относят наличие**

- субдуральной гематомы теменной области справа; наличие вдавленного перелома правой теменной кости
- вдавленного перелома правой теменной кости; наличие общемозговой симптоматики
- субдуральной гематомы теменной области справа; наличие общемозговой симптоматики
- ушиба мягких тканей теменной области справа; наличие общемозговой симптоматики

**Пациенту показано назначение**

- амбулаторного лечения
- экстренного нейрохирургического оперативного вмешательства
- консервативной терапии
- ПХО раны

**К критериям эффективности проводимой терапии относят**

- количество дней госпитализации; правильно выполненная декомпрессивная трепанация черепа; гемостаз; уменьшение ВЧД
- большой послеоперационный дефект кости; правильно выполненная декомпрессивная трепанация черепа; гемостаз; уменьшение ВЧД
- полное удаление субдуральной гематомы, уменьшение дислокации срединных структур; правильно выполненная декомпрессивная трепанация черепа; гемостаз; уменьшение ВЧД
- снижение когнитивных функций; правильно выполненная декомпрессивная трепанация черепа; гемостаз; уменьшение ВЧД

**Тактикой дальнейшего ведения пациента является**

- госпитализация в неврологическое отделение
- амбулаторное лечение в поликлинике по месту жительства
- госпитализация в отделение нейрохирургии
- госпитализация в терапевтическое отделение

**Госпитализация данного пациента составляет \_\_\_\_\_ (в днях)**

- 3
- 7
- 15
- 5

### Специалистом по лечению данного заболевания является

- травматолог
- нейрохирург
- невролог
- терапевт

### Данному пациенту назначение антибактериальной терапии

- не показано
- показано
- показано, однократно перед операцией
- показано, однократно после операции

### Данному пациенту консультация офтальмолога

- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- не показана

### Проведение диагностической люмбальной пункции данному больному

- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- не показана

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 48 лет доставлен бригадой СМП в приёмное отделение больницы в кабинет нейрохирурга.

### **Жалобы**

Жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, однократную рвоту, заторможенность, боль в месте ушиб.

### **Анамнез заболевания**

Со слов пациента избит неизвестными. Был отмечен факт кратковременной утраты сознания.

### **Анамнез жизни**

Рос и развивался в соответствии возрасту, от сверстников в развитии не

отставал. Прививки выполнял согласно календарю прививок. Сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает. Контакт с инфекционными больным отрицает. За последние 3 месяца пределы Московской области не покидал. Живёт в семье. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ветряная оспа. Операции и гемотрансфузии отрицает. Аллергоанамнез не отягощён.

### **Объективный статус**

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное 13 баллов по ШКГ. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД = 16 в 1 минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет над всей поверхностью лёгких. ЧСС=PS=68 ударов в 1 минуту, дефицита пульса нет. Тоны сердца приглушённые, ритмичные. Патологических сердечных шумов нет. Органы пищеварения и половая система без особенностей. Контактен, адекватен, заторможен, ориентирован в мете и времени. Простые инструкции выполняют. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, пошатывание в позе Ромберга. Нистагм мелко размашистый, горизонтальный. Ригидность затылочных мышц, слабopоложительный симптом Бабинского с обеих сторон. Парезов и параличей нет. Зрачки OD=OS. Фотореакция живая, содружественная. Наличие общемозговой симптоматики. Гематома лобной области слева, множественные ушибы и ссадины мягких тканей лица. При пальпации резко болезненны.

### **Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами являются**

- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- не показана

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся**

- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- не показана

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании жалоб, клинической картины и данных лабораторных и инструментальных методов исследования, больному можно поставить предполагаемый диагноз**

- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана
- показана, если у больного нарушено зрение
- не показана

**Диагноз**

**К клиническим и анамнестическим критериям, свидетельствующим о наличии сотрясения головного мозга у данного пациента, относят наличие**

- тошноты
- субрахноидального кровоизлияния по данным КТ
- головокружения
- однократной рвоты

**Пациенту показано назначение**

- нифедипина, бисопролола, амлодипина, циклодола
- преднизолона, фуросемида, амитриптилина, бисопролола
- анальгина, кофеина, клопексола, трамала
- винпоцетина, пирацетама, мексидола, кеторола

**К критериям эффективности проводимой терапии относят**

- снижение когнитивных функций
- снижение общемозговой симптоматики, уменьшение гематомы
- на фоне проводимой терапии увеличение диуреза
- количество дней госпитализации

**Тактикой дальнейшего ведения пациента является**

- амбулаторное лечение в поликлинике по месту жительства
- госпитализация в неврологическое отделение
- госпитализация в отделение нейрохирургии
- госпитализация в терапевтическое отделение

**Госпитализация данного пациента составляет \_\_\_\_\_ (в днях)**

- 10-12
- 3
- 7-9



- 5

### **Специалистом по лечению данного заболевания является**

- терапевт
- травматолог
- невролог
- нейрохирург

### **Назначение мочегонной терапии данному пациенту**

- показано, коротким курсом 3-4 дня
- не показано
- показано
- показано, однократно

### **Консультация офтальмолога для данного пациента**

- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана
- не показана

### **Проведение люмбальной пункции**

- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана
- не показана

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина, 32 лет обратился в приёмное отделение больницы.

### **Жалобы**

Жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, однократную рвоту, боль в месте ушиба.

### **Анамнез заболевания**

Шёл с работы домой, поскользнулся на гололёде, ударился затылком о лёд. Факт потери сознания отрицает.

### **Анамнез жизни**

Рос и развивался в соответствии возрасту, от сверстников в развитии не отставал. Прививки выполнял согласно календарю прививок. Сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает. Контакт с инфекционными больным отрицает. За последние 3 месяца пределы Московской области не покидал. Живёт в семье. Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп, ветряная оспа. Операции и гемотрансфузии отрицает. Аллергоанамнез не отягощён.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное 15 баллов по ШКГ. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД = 16 в 1 минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет над всей поверхностью лёгких. ЧСС=PS=76 ударов в 1 минуту, дефицита пульса нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических сердечных шумов нет. Органы пищеварения и половая система без особенностей. Контактен, адекватен, ориентирован в месте и времени. Простые инструкции выполняют. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, пошатывание в позе Ромберга. Нистагм мелкокоразмашистый, горизонтальный. Ригидности нет, менингеальных симптомов нет. Патологические стопные знаки отсутствуют. Парезов и параличей нет. Зрачки OD=OS. Фотореакция живая, содружественная. Наличие общемозговой симптоматики. Гематома затылочной области. При пальпации резко болезненна.

### **Для постановки диагноза необходимым лабораторным методом обследования является**

- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана
- не показана

### **Результаты лабораторного метода обследования**

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана
- не показана

### **Результаты инструментального метода обследования**

**На основании жалоб, клинической картины и данных лабораторных и инструментальных методов исследования, больному можно поставить предполагаемый диагноз**

- показана, если у больного нарушено зрение
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана
- не показана

**Диагноз**

**Клиническим и анамнестическим критерием, свидетельствующим о наличии сотрясения головного мозга у данного пациента, относят наличие**

- однократной рвоты
- мягкотканого повреждения в месте травмы
- головокружения, кратковременной потери памяти
- тошноты

**Пациенту показано назначение**

- преднизолона, фуросемида, амитриптилина, бисопролола
- винпоцетина, парацетама, мексидола, кеторола
- нифедипина, бисопролола, амлодипина, циклодола
- анальгина, кофеина, клопексола, трамала

**К критериям эффективности проводимой терапии относят**

- количество дней госпитализации
- снижение когнитивных функций
- увеличение диуреза на фоне проводимой терапии
- снижение общемозговой симптоматики

**Тактикой дальнейшего ведения пациента является**

- госпитализация в неврологическое отделение
- госпитализация в отделении нейрохирургии
- амбулаторное лечение в поликлинике по месту жительства
- госпитализация в терапевтическое отделение

**Продолжительность госпитализации данного пациента составляет (в днях)**

- 0
- 3
- 5

- 7

### **Специалистом по лечению данного заболевания является**

- психиатр
- терапевт
- невролог
- хирург

### **Назначение мочегонной терапии данному пациенту**

- показано, коротким курсом 3-5 дней
- показано, однократно
- показано, полным курсом
- не показано

### **Консультация офтальмолога данному пациенту**

- показана, если у больного нарушено зрение
- не показана
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана

### **Данный пациент в проведении люмбальной пункции**

- показана, если у больного нарушено зрение
- не показана
- показана, если у больного гипертоническая болезнь в анамнезе
- показана

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент – женщина 47 лет. Обратилась в связи с изменением походки, почерка, тремора в правой руке.

### **Жалобы**

На шаткость при ходьбе, тремор правой руки, изменение почерка.

### **Анамнез заболевания**

Неловкость при ходьбе стала замечать несколько месяцев назад, затем возникла шаткость при ходьбе. На протяжении некоторого времени симптоматику связывала с усталостью. Ухудшение отмечает с сентября текущего

года, когда вышеизложенная симптоматика стала прогрессировать, появился тремор в правой руке, изменился почерк.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась в соответствии с возрастом, хронических заболеваний нет.

### **Объективный статус**

Вступает в контакт. Рассказывает о себе и своем заболевании. В целом доступна осмотру. Осмысливает и выполняет инструкции. Ориентирована в месте, времени и личной ситуации.

Неврологический статус +

Черепные нервы: +

1-й: субъективно обоняние не нарушено. +

2-й: при ориентировочном исследовании нарушений полей зрения не выявлено +

3-й: зрачки средней величины, равны, фотореакция на дневной свет удовлетворительная. +

4-й: взор в стороны не ограничен. +

5-й: легкое нарушение чувствительности на лице, корнеальные рефлексы равны, гипотрофии жевательной мускулатуры нет. +

7-й: мимическая мускулатура симметрична. +

9,10-й: глотание и фонация не нарушены. +

11-й: гипотрофии трапециевидной мышцы нет. +

12-й: язык по средней линии. Убедительных данных за нарушение поверхностной болевой, температурной и тактильной чувствительности нет.

Суставно-мышечное чувство сохранено. Оценки мышечной силы конечностей: правая рука 5, левая рука 5, правая нога 5, левая нога 5 баллов.

Движения в конечностях: в полном объеме. Походка: атаксическая.

Координаторные пробы: ПНП: выполняет с интенцией грубой справа. ПКП: выполняет с интенцией.

Поза Ромберга: стоит напряженно. Сухожильные рефлексы D>C рук высокие Сухожильные рефлексы D>S: с ног высокие. Тазовые функции: контролирует.

Апраксия, агнозия, нарушение схемы тела: не определяется. Письмо-макрография.

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- МРТ головного мозга без контрастирования
- КТ головного мозга с контрастированием
- МРТ головного мозга с контрастированием
- КТ головного мозга без контрастирования

**Выявлена опухоль правой гемисферы мозжечка, состоящая из двух узлов и неоднородно накапливающая контраст, прорастающая в ствол мозга.**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- МРТ головного мозга без контрастирования
- КТ головного мозга с контрастированием
- МРТ головного мозга с контрастированием
- КТ головного мозга без контрастирования

**Диагноз**

**В мозжечке не образуется опухоль**

- эпендимома
- пинеоцитомы
- менингиома
- астроцитомы

**При подозрении на злокачественную опухоль головного мозга проводится**

- консультация онколога
- консилиум с участием нейрохирургов
- онкопоиск
- немедленное удаление опухоли

**После принятия решения об удалении опухоли дальнейшая тактика лечения зависит от**

- общего состояния пациента
- локализации опухоли
- радикальности удаления
- гистологии опухоли

**Наиболее благоприятным прогнозом характеризуются следующие гистологические подтипы медуллобластом**

- классическая, десмопластическая
- крупноклеточная, анапластическая
- классическая, крупноклеточная
- десмопластическая, крупноклеточная

**У взрослых чаще всего встречаются следующие генетические подгруппы медуллобластом**

- WNT, SHH-P53mut, gr4
- SHH-P53mut, gr4
- WNT, SHH-P53wt, gr4
- SHH-P53wt, gr4

**После диагностирования медуллобластомы классической, WHO Grade IV, для дообследования необходимо провести**

- КТ спинного мозга с контрастированием на шейном уровне
- МРТ спинного мозга с контрастированием на уровне всех отделов позвоночника
- МРТ спинного мозга с контрастированием на шейном уровне
- КТ спинного мозга с контрастированием на уровне всех отделов позвоночника

**Прогноз взрослого пациента с медуллобластомой определяет**

- размер исходной опухоли, гистологический подтип медуллобластомы, наличие метастазов согласно системе стадирования по Chang
- размер остаточной опухоли, гистологический подтип медуллобластомы, наличие метастазов согласно системе стадирования по Chang
- размер исходной опухоли, наличие метастазов согласно системе стадирования по Chang
- размер остаточной опухоли, наличие метастазов согласно системе стадирования по Chang

**Установлена стадия заболевания Т3bM0, дальнейшая тактика лечения заключается в**

- краниоспинальном облучении до СОД 36 Гр {plus} буст на ложе опухоли до СОД 56-58 Гр
- лучевой терапии на ложе опухоли до СОД 56-58 Гр с последующими курсами химиотерапии
- краниоспинальном облучении до СОД 36 Гр с последующими курсами химиотерапии
- краниоспинальном облучении до СОД 36 Гр {plus} буст на ложе опухоли до СОД 56-58 Гр с последующими курсами химиотерапии

**При лечении медуллобластомы химиотерапия проводится по схеме**

- бевацизумаб {plus} темозоломид
- цисплатин {plus} этопозид
- бевацизумаб {plus} цисплатин
- бевацизумаб {plus} этопозид

**После завершения лучевой и химиотерапии проводится регулярное выполнение**

- бевацизумаб {plus} темозоломид
- цисплатин {plus} этопозид
- бевацизумаб {plus} цисплатин
- бевацизумаб {plus} этопозид

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент – мужчина 26 лет, несколько месяцев беспокоят головные боли, тошнота, головокружение, снижение зрения. Эти явления со временем нарастают.

### **Жалобы**

На головные боли в затылочной области, тошноту, головокружение, снижение зрения.

### **Анамнез заболевания**

С середины 2018 беспокоят головные боли в затылочной области, тошнота, головокружение, снижение зрения. С февраля 2019 жалобы стали нарастать. 04.03.2019 эпизод потери сознания.

### **Анамнез жизни**

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Хронических заболеваний нет.

### **Объективный статус**

Глазные щели равны. Фотореакция симметрична. Предметное зрение сохранено. Зрачки S=D, движения глаз без ограничений. Корнеальный рефлекс средней живости, симметричный. При оскале асимметрии не отмечается. Глотание, фонация не нарушены. Гипотрофии трапециевидной мышцы не отмечено. Надплечье поднимает свободно. Язык по средней линии. Чувствительность на теле и конечностях сохранена. Сухожильные рефлексы средней живости. Менингеальных симптомов нет. Патологических рефлексов нет. Тазовых расстройств нет.

Status oculorum:

Глазные яблоки спокойные. Смыкание век полное.

Острота зрения:

OD 0,8 с диафр. = 0,9

OS 0,5 с диафр. = 0,9

Описание полей зрения:

Границы в норме, гипоксии не показывает (периметрия)



Корнеальные рефлексы: OU - норма  
Диаметр зрачков: D=S, мидриаз 4 мм.

Реакция зрачка на свет:

OU - прямая, содружественная отсутствует; на конвергенцию -  
удовлетворительная

Сведение осей: OD = норма; OS = норма

Движение глазных яблок: ограничивает взор вверх (1б), в остальных  
направлениях - в полном объеме.

Глазное дно:

OD - диск зрительного нерва гиперемирован, ткань и границы диска  
зрительного нерва резко отечны, отек распространяется до макулярной  
области, единичные гемо- и плазморрагии в ткани диска и по ходу сосудистых  
пучков, вены полнокровны, извиты - выраженный застойный диск зрительного  
нерва с гемо- и плазморрагиями;

OS - диск зрительного нерва гиперемирован, ткань и границы диска  
зрительного нерва резко отечны, отек распространяется до макулярной  
области, единичные гемо- и плазморрагии в ткани диска и по ходу сосудистых  
пучков, вены полнокровны, извиты - выраженный застойный диск зрительного  
нерва с гемо- и плазморрагиями.

**Для постановки диагноза необходимым инструментальным обследованием является**

- магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга без контрастирования
- магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга с контрастированием
- компьютерная томография (КТ) головного мозга с контрастированием
- компьютерная томография (КТ) головного мозга без контрастирования

**Выявлена опухоль пинеальной области, тривентрикулярная гидроцефалия, окклюзия на уровне водопровода мозга, можно предположить основной диагноз**

- магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга без контрастирования
- магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга с контрастированием
- компьютерная томография (КТ) головного мозга с контрастированием
- компьютерная томография (КТ) головного мозга без контрастирования

**Диагноз**

**Для уточнения диагноза следует выполнить анализ**

- крови на АФП, В-ХГЧ
- крови общий и биохимический
- ликвора на опухолевые клетки
- крови на раково-эмбриональный антиген (РЭА)

**При подозрении на злокачественную опухоль головного мозга проводится**

- немедленное удаление опухоли
- консультация онколога
- обследование по всем органам и системам для исключения диссеминации процесса за пределами ЦНС
- консилиум с участием нейрохирургов, врачей рентгенодиагностики, врачей-радиологов, онкологов

**Повышения АФП и В-ХГЧ нет, принято решение о выполнении эндоскопической тривентрикулоцистерностомии и открытой биопсии опухоли, дальнейшая тактика лечения зависит от**

- радикальности удаления
- гистологии опухоли
- локализации опухоли
- общего состояния пациента

**Получено гистологическое заключение: Герминома. Необходимым дальнейшим обследованием является**

- МРТ спинного мозга с контрастированием
- КТ спинного мозга с контрастированием
- КТ органов грудной, брюшной полости и малого таза с контрастированием
- КТ органов грудной, брюшной полости и малого таза

**При герминоме, в отличие от негерминогенной герминативно-клеточной опухоли**

- никогда не выявляется двойная локализация одновременно в пинеальной и хиазмально-селлярной областях
- не выявляется метастазирование в спинной мозг
- определяется нормальный уровень АФП и /или В-ХГЧ в крови
- наблюдается более агрессивное течение

**По результатам обследования, нет признаков метастазирования в спинной мозг. Следующий этап лечения заключается в**

- краниоспинальном облучении
- лучевой терапии: облучении всего головного мозга
- химиотерапии
- лучевой терапии на ложе опухоли

**При герминоме проводится химиотерапия по схеме**

- темозоломид
- цисплатин{plus}этопозид{plus}циклофосфамид
- цисплатин{plus}этопозид
- темозоломид{plus}цисплатин

**После завершения химиотерапии выполнена МРТ головного мозга с контрастом: опухоль полностью регрессировала. Дальнейшая тактика заключается в**

- продолжении химиотерапии до 10 курсов
- продолжении химиотерапии как можно дольше
- проведении лучевой терапии
- наблюдении

**Лучевая терапия при герминоме с полным ответом на проведенную химиотерапию без признаков метастазирования в спинной мозг заключается в облучении**

- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы)
- только ложа опухоли
- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы) и всего спинного мозга
- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы) и всего спинного мозга {plus} ложа опухоли

**Тактика после завершения лучевой и химиотерапии заключается в регулярном выполнении**

- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы)
- только ложа опухоли
- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы) и всего спинного мозга

- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы) и всего спинного мозга {plus} ложа опухоли

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 62 года обратилась на прием к нейрохирургу поликлиники.

### **Жалобы**

На снижение силы в правых конечностях, головную боль, головокружение, периодическую дезориентацию в пространстве, прогрессирующее снижение зрения, общую утомляемость и слабость.

### **Анамнез заболевания**

Около полугода назад появилась эпизодическая головная боль. Последние две недели стала отмечать снижение силы в правых руке и ноге, периодическое нарушение ориентации в пространстве. При прохождении флюорографии органов грудной клетки выявлено затемнение в верхушке левого легкого.

### **Анамнез жизни**

Не отягощен.

### **Объективный статус**

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледноватая, чистая. АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС 88 в минуту. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненное с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Неврологический осмотр: сознание ясное. В пространстве, собственной личности и времени ориентирована правильно. Фотореакции живые, симметричные. Нистагма, диплопии нет. Лицо симметричное, язык по центру. Глотание и фонация в норме. Глубокие рефлексы с конечностей D>S.

Правосторонний гемипарез (сила снижена до 4 баллов). Брюшные рефлексy D=S, снижены. Расстройств чувствительности не предъявляет. Патологических рефлексов, менингеальных симптомов нет. Пошатывание в позе Ромберга без четкой латерализации. Функции тазовых органов контролирует.

### **Первоочередными инструментальными методами исследования для пациентки являются**

- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы)

- только ложа опухоли
- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы) и всего спинного мозга
- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы) и всего спинного мозга {plus} ложа опухоли

## **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Наиболее вероятным нейрохирургическим диагнозом является**

- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы)
- только ложа опухоли
- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы) и всего спинного мозга
- всего головного мозга (при технической возможности – только желудочковой системы) и всего спинного мозга {plus} ложа опухоли

## **Диагноз**

### **Правосторонний гемипарез свидетельствует о поражении**

**+ \_\_\_\_\_ + пути**

- руброспинального
- корково-мостового
- пирамидного
- мозжечково-таламического

### **Оживление глубоких рефлексов справа произошло вследствие угнетения тормозящего влияния на + \_\_\_\_\_ + -мотонейроны**

- $\gamma$
- $\alpha$
- $\beta$
- $\delta$

### **Проведение хирургического лечения рекомендуется при наличии метастатического очага более + \_\_\_\_\_ + см в диаметре**

- 3
- 1
- 2
- 0,5

**К целям лучевого лечения метастазов относится**

- восстановление оттока ликвора
- совершенствование лучевых методов лечения
- повышение качества жизни
- профилактика смерти от интракраниальной прогрессии

**Проведение облучения всего головного мозга рекомендуется пациентам**

- без лептоменингеальной прогрессии болезни
- после хирургического удаления единичного метастатического очага
- перед хирургическим удалением метастатического очага
- с лептоменингеальной прогрессией болезни

**Доза ионизирующего излучения при проведении радиохирургии метастаза диаметром 2-3 см составляет + \_\_\_\_\_ + Гр**

- 20
- 30
- 18
- 26

**К целям противоопухолевого лекарственного лечения пациентки с метастазами головного мозга относится**

- восстановление гомеостаза в тканях мозга
- достижение контроля экстракраниальных очагов
- общая иммуносупрессия
- профилактика развития кровоизлияния в ложе удаленного метастаза

**Для пациентки с метастазом головного мозга и умеренно выраженными симптомами, связанными с масс-эффектом, начальная доза дексаметазона составляет + \_\_\_\_\_ + мг/сут**

- 20-24
- 4-8
- 16-20
- 12-16

**При наличии стойкого отёка после стереотаксической радиотерапии, резистентного к стероидной терапии и вызывающего нарастание неврологической симптоматики, показано применение**

- дурвалумаба

- бевацизумаба
- обинутузумаба
- ниволумаба

**Для контроля тошноты и рвоты, возникающих на фоне химиотерапии, рекомендуется применение**

- дурвалумаба
- бевацизумаба
- обинутузумаба
- ниволумаба

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Ж., 28 лет, обратилась к неврологу в поликлинику по месту жительства.

### **Жалобы**

Предъявляет жалобы на головные боли, эпилептические приступы.

### **Анамнез заболевания**

С 2016 года эпилептические приступы. Принимает трилептал 600 мг 2 р/д, депакин 300 мг 1 р/д. Последний год приступы участились. 2-3 раза в месяц. Появилась дизартрия.

### **Анамнез жизни**

- \* хронический пиелонефрит
- \* профессиональных вредностей не имеет
- \* семейный анамнез отягощен : у отца кавернозная ангиома правой затылочной области
- \* аллергические реакции отрицает

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 163 см, вес 59 кг, ИМТ=22,2. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Костно-мышечная система правильного развития, без патологии. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. АД 100/70 мм рт. ст., ЧСС 65 уд. в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот симметричный, безболезненный во всех отделах, мягкий, в акте дыхания участвует. Перкуторные границы печени в пределах нормы, нижний край по краю реберной дуги, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание не нарушено. + Неврологический статус: + Сознание ясное. В пространстве, времени, собственной личности

ориентирована. Менингеальные знаки отсутствуют. Обоняние не нарушено. Зрачки равны, прямая и содружественная реакции на свет сохранены, зрение не нарушено. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Лицо симметрично, мимика не нарушена. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии. +

Движения в верхних и нижних конечностях в полном объеме, сила сохранена. Сухожильные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности отсутствуют. В позе Ромберга легкое пошатывание. Пальце-носовую пробу выполняет с интенцией в обе стороны. Дизартрия.

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- дурвалумаба
- бевацизумаба
- обинутузумаба
- ниволумаба

**Результаты инструментального метода обследования**

**Для окончательной постановки диагноза необходимо провести**

- ЭКГ
- ЭЭГ
- гистологическое исследование
- вызванные потенциалы

**Диагнозом данной пациентки будет**

- ЭКГ
- ЭЭГ
- гистологическое исследование
- вызванные потенциалы

**Диагноз**

**Дифференциальный диагноз каверномы необходимо провести с**

- внутримозговой гематомой
- внутримозговой опухолью
- рассеянным склерозом
- инфарктом головного мозга



### **Каверноме I типа ( на основании данных МРТ) соответствует**

- кавернома с признаками гематомы внутри или вне основного образования
- четко очерченное округлое образование в виде изо- или гипоинтенсивного гомогенного сигнала
- точечный округлый гомогенный гипоинтенсивный сигнал, визуализируемый только в режимах, взвешенных по неоднородности магнитного поля
- гетерогенный сигнал в обоих режимах и гипоинтенсивный перифокальный сигнал по типу ободка в режиме T2

### **Показанием к операции является/являются**

- каверномы латеральных отделов полушарий мозжечка, не проявившиеся кровоизлиянием
- каверномы латеральных отделов полушарий мозжечка, проявившиеся кровоизлиянием
- сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации
- появление очаговой неврологической симптоматики

### **Проведение операции не показано в случае**

- каверном латеральных отделов полушарий мозжечка, проявившиеся кровоизлиянием
- клинически бессимптомных каверном при отсутствии признаков перенесенных кровоизлияний на МРТ
- каверном медиальных отделов полушарий мозжечка, проявившиеся повторными кровоизлияниями с формированием стойких неврологических нарушений
- пероральных приемов статинов

### **Перед удалением каверном сенсо-моторной коры необходимо провести**

- УЗДГ сосудов дуги аорты
- ЭЭГ
- нейрофизиологическое картирование с помощью электростимуляции с оценкой М-ответов
- электростимуляцию ядер ствола мозга с регистрацией М-ответов от соответствующих мышц лица и головы

### **Радиохирургическое лечение каверном рекомендовано при**

- появлении признаков отека головного мозга
- угнетении сознания

- повторных кровоизлияниях с развитием выраженного неврологического дефицита, если прямое хирургическое вмешательство сопряжено с высоким риском значительного усугубления неврологического дефицита
- клинически бессимптомных каверномах при отсутствии признаков перенесенных кровоизлияний на МРТ

#### **Частичное удаление каверномы сопряжено с высоким риском развития**

- эпилептических приступов
- кровотечения
- афазии
- тетрапареза

#### **При удалении каверном ствола необходимо провести**

- интраоперационную стереотаксическую навигацию
- электростимуляцию ядер ствола мозга с регистрацией М-ответов от соответствующих мышц лица и головы
- электростимуляцию ядер ствола без регистрации М-ответов от соответствующих мышц лица и головы
- нейрофизиологическое картирование с помощью электростимуляции с оценкой М-ответов

#### **Окончательный МРТ-контроль полноты удаления каверномы необходимо провести через**

- интраоперационную стереотаксическую навигацию
- электростимуляцию ядер ствола мозга с регистрацией М-ответов от соответствующих мышц лица и головы
- электростимуляцию ядер ствола без регистрации М-ответов от соответствующих мышц лица и головы
- нейрофизиологическое картирование с помощью электростимуляции с оценкой М-ответов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной Р., 52 года, был госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи.

### **Жалобы**

Со слов родственников пациент внезапно потерял сознание во время тренировок в спортивном зале. После эпизода потери сознания появилось

нарушение движения в конечностях, нарушилась речь. Вызвали бригаду скорой медицинской помощи.

### **Анамнез заболевания**

Пациент находился в тренажерном зале, где внезапно потерял сознание. Через несколько минут сознание восстановилось, началась сильная головная боль распирающего характера, тошнота, светобоязнь. Нарушились движения в правой руке и правой ноге, перестал разговаривать.

### **Анамнез жизни**

- \* страдает гипертонической болезнью 2 ст.
- \* профессиональных вредностей не имеет
- \* семейный анамнез отягощен: у отца в 60 лет разрыв аневризмы передней соединительной артерии
- \* аллергические реакции отрицает

### **Объективный статус**

Общее состояние тяжелое. Контакт с пациентом затруднен из-за речевых нарушений. Рост 185 см, вес 90 кг, ИМТ=26,3. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Костно-мышечная система правильного развития, без патологии. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. АД 180/100 мм рт. ст., ЧСС 90 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент 2 тона над аортой. Живот симметричный, безболезненный во всех отделах, мягкий, в акте дыхания участвует. Перкуторные границы печени в пределах нормы, нижний край по краю реберной дуги, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание не нарушено. + Неврологический статус: +

Сознание ясное, сонлив. Выраженная ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига положительный. Обоняние не исследовалось. Зрачки равны, прямая и содружественная реакции на свет сохранены, зрение не нарушено. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Лицо симметрично, мимика не нарушена. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии. + Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы в ноге до 3 баллов, в руке до 2 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости D>S. Симптом Бабинского справа. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности отсутствуют. Пальце-носовую пробу слева выполняет удовлетворительно. Обращенную речь понимает, речевая продукция отсутствует.

### **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- интраоперационную стереотаксическую навигацию

- электростимуляцию ядер ствола мозга с регистрацией М-ответов от соответствующих мышц лица и головы
- электростимуляцию ядер ствола без регистрации М-ответов от соответствующих мышц лица и головы
- нейрофизиологическое картирование с помощью электростимуляции с оценкой М-ответов

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Оценить тяжесть состояния больного необходимо по шкале**

- {nbsp}Hunt-Hess
- {nbsp}NIHSS
- {nbsp}MIDAS
- Хачинского

#### **Кровоизлияние у данного пациента произошло в бассейне**

- правой средней мозговой артерии
- задней мозговой артерии
- левой средней мозговой артерии
- левой передней мозговой артерии

#### **Данному пациенту можно поставить**

- правой средней мозговой артерии
- задней мозговой артерии
- левой средней мозговой артерии
- левой передней мозговой артерии

### **Диагноз**

#### **У данного пациента**

- акустико-мнестическая афазия
- сенсорная афазия
- сенсомоторная афазия
- эфферентная моторная афазия

#### **Характер кровоизлияния оценивается по шкале**

- Хачинского
- {nbsp}Hunt-Hess
- {nbsp}Fisher
- комы Глазго

### **Для лечения церебрального вазоспазма используется**

- пероральный прием статинов
- пероральный прием нитратов
- интраартериальное введение блокаторов кальциевых каналов
- интраартериальное введение ингибиторов АПФ

### **Противопоказанием для интраартериального введения верапамила является**

- внутрибольничная пневмония
- сформированный ишемический очаг по данным КТ
- нарастание неврологической симптоматики
- наличие сахарного диабета

### **Показанием к декомпрессивной трепанации черепа является**

- прогрессирующий отек головного мозга с латеральным смещением срединных структур более 5-8 мм
- угнетение сознания
- ВЧД 10 мм рт. ст
- появление признаков отека головного мозга

### **Признаком эффективной декомпрессивной трепанации черепа является**

- уменьшение дислокации срединных структур мозга до величины менее 5 мм
- увеличение дислокации срединных структур головного мозга
- рефрактерное к терапии повышение ВЧД
- регресс очаговой симптоматики

### **Для данной операции оптимален**

- подвисочный доступ
- межполушарный доступ
- птериональный доступ
- субокципитальный доступ

### **Показанием к применению осмодиуретиков в дооперационном периоде является**

- подвисочный доступ
- межполушарный доступ
- птериональный доступ
- субокципитальный доступ

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больной Л., 28 лет, доставлен скорой медицинской помощью в приемное отделение.

### Жалобы

На жар, интенсивную головную боль, тошноту, слабость в правой руке.

### Анамнез заболевания

Две недели назад, после длительного пребывания на морозе, у больного поднялась температура, заболело горло, начался насморк и кашель с зеленой мокротой, к врачу не обращался, лечился дома теплым чаем с лимоном. Три дня назад почувствовал, как начала нарастать головная боль, температура поднялась до 40,3°C, развилась тошнота, правая рука «перестала слушаться». Скорой медицинской помощью доставлен в больницу с подозрением на менингит.

### Анамнез жизни

- \* наличие хронических заболеваний отрицает
- \* курит по 20 сигарет в день
- \* алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имел
- \* аллергический анамнез не отягощен
- \* семейный анамнез не отягощен

### Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Рост 184 см, вес 82 кг, ИМТ = 24,2. Температура тела – 40,5°C. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые бледные, влажные. Дыхание в легких жесткое, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах справа, ЧДД 24 в мин. АД 125/85 мм рт. ст., ЧСС 86 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме. + Неврологический статус: +

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Менингеальных знаков не обнаружено. Зрение не нарушено, OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Движение глаз в полном объеме, поля зрения без выпадений. +

Нарушений чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва не выявлено. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо симметрично, мимика

живая. Слух сохранен на оба уха, головокружение отрицает. Расстройств глотания, фокации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет. + Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука=3, правая нога=5, левая рука=5, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексy D=S. Патологический рефлексy Россоломо справа положительный, Бабинского, Чаддока - отрицательные. +

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной, глубокой чувствительности не выявлено. +

Проведение мозжечковых проб затруднено из-за тяжести общего состояния больного.

### **Необходимыми в данном случае лабораторными исследованиями являются**

- подвисочный доступ
- межполушарный доступ
- птериональный доступ
- субокципитальный доступ

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **В данной ситуации необходимо провести**

- подвисочный доступ
- межполушарный доступ
- птериональный доступ
- субокципитальный доступ

### **Результаты обследования**

### **Наиболее вероятным в данном случае диагнозом будет**

- подвисочный доступ
- межполушарный доступ
- птериональный доступ
- субокципитальный доступ

### **Диагноз**

### **На основании клинической картины можно предположить локализацию патологического очага в**

- парагиппокампальной извилине

- средней височной извилине
- затылочной доле
- лобной доле

#### **Ограничение движений в правой руке связано с поражением**

- спинно-таламического пути слева
- корково-спинномозгового пути справа
- корково-спинномозгового пути слева
- лобно-мосто-мозжечкового пути

#### **Больной должен быть госпитализирован в**

- нейрохирургическое отделение
- терапевтическое отделение
- отделение оториноларингологии
- отделение торокальной хирургии

#### **Тошнота, в данном случае, является следствием**

- психосоматического синдрома
- раздражения мозговых оболочек
- повышения внутричерепного давления
- раздражения рвотного центра

#### **Дифференциальный диагноз абсцесса головного мозга необходимо проводить с**

- первичными и вторичными опухолями головного мозга
- кистой головного мозга
- патологической извитостью внутренней сонной артерии
- артериовенозной мальформацией

#### **Проведение люмбальной пункции у больных с абсцессом головного мозга не рекомендуется из-за возможности развития**

- отека головного мозга
- распространения инфекции на спинной мозг
- инфекции ликворных путей
- стволово-дислокационного синдрома

#### **Наиболее рациональным в данном случае будет**

- хирургическое лечение
- комбинированное лечение



- медикаментозное лечение
- химиотерапевтическое лечение

**Методом выбора хирургического вмешательства при абсцессах головного мозга является**

- установка постоянного дренажа
- декомпрессионная трепанация черепа
- пункционная аспирация
- открытое удаление с капсулой

**Обязательным в данном случае является применение наряду с хирургическим вмешательством**

- установка постоянного дренажа
- декомпрессионная трепанация черепа
- пункционная аспирация
- открытое удаление с капсулой

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная С., 49 лет, была направлена на консультацию к нейрохирургу.

### **Жалобы**

На выстояние правого глаза, слепоту на правый глаз, периодические головные боли, несмыкание век правого глаза.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной на протяжении года, когда впервые отметила резкое снижение зрения на правый глаз. Обратилась к офтальмологу по месту жительства, диагностирован застой диска правого зрительного нерва, рекомендовано проведение МРТ. Спустя 3 месяца, когда больная вовсе перестала видеть правым глазом, была проведена магнитно-резонансная томография, по результатам которой выявлено новообразование в области орбиты, крыльев основной кости средней черепной ямки, основной пазухи. Больная направлена на консультацию к нейрохирургу.

### **Анамнез жизни**

- \* наличие хронических заболеваний отрицает
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имела
- \* аллергический анамнез не отягощен

\* семейный анамнез не отягощен

\* имеет двух взрослых детей

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 60 кг, ИМТ = 22,3.

Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые обычной окраски.

Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 125/85 мм рт. ст., ЧСС 82 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочеиспускание в норме. +

Неврологический статус: +

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована. Менингеальных знаков не обнаружено. Зрение на левый глаз не нарушено, справа – амвроз, экзофтальм. Поля зрения без выпадений. OD>OS, реакция левого зрачка на свет сохранена. Глазодвигательных нарушений левого глаза не выявлено, справа – парез VI н. +

Нарушений чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва не выявлено. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо асимметрично в покое и при пробах за счет периорбитального отёка. Слух сохранен на оба уха, головокружение отрицает. Расстройств глотания, фонации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет. +

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука=5, правая нога=5, левая рука=5, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексы D=S. Патологический рефлекс Бабинского, Чаддока - отрицательные. +

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной, глубокой чувствительности не выявлено. +

Мозжечковые пробы: ПНП пробу выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива, в усложненной позе Ромберга устойчива.

### **При обнаружении у больного симптомокомплекса объемного образования в глазнице необходимо провести**

- установка постоянного дренажа
- декомпрессионная трепанация черепа
- пункционная аспирация
- открытое удаление с капсулой

### **Результаты обследования**

### **Сообщение глазницы с полостью черепа обеспечивает**

- подглазничный канал
- верхняя глазничная щель
- переднее решетчатое отверстие
- зрительный канал
- нижняя глазничная щель

### **В данном случае диагнозом будет**

- подглазничный канал
- верхняя глазничная щель
- переднее решетчатое отверстие
- зрительный канал
- нижняя глазничная щель

### **Диагноз**

### **Наиболее часто встречающимся видом краниоорбитальных менингиом являются + \_\_\_\_\_ + менингиомы**

- менинготелиоматозные
- фибробластические
- светлоклеточные
- анапластические

### **Симптомом нарушения венозного оттока из глаза и глазницы является**

- инъекция склер, птоз, мидриаз, энофтальм
- умеренная застойная конъюнктивальная инъекция, хемоз, отек век
- энофтальм, птоз
- аниозокория, птоз, инъекция склер

### **Развитие глазодвигательных нарушений возможно при распространении опухолевого процесса на**

- нижнюю глазничную щель
- основание лобной и височной доли
- зрительный канал
- верхнюю глазничную щель

### **Степень злокачественности типичной менингиомы в соответствии с гистологической шкалой GRADE чаще всего определяется как**

- {nbsp}GRADE IV

- {nbsp}GRADE III
- {nbsp}GRADE I
- {nbsp}GRADE II

**Ферментом, выделяемым менингиомой, который обуславливает развитие гиперостоза, является**

- щелочная фосфатаза
- фосфолипаза С
- фосфолипаза А
- ацетилхолинэстераза

**«Дуральный хвост» - это**

- участок менингиомы, прорастающий в кость
- уменьшение костного вещества в твердой мозговой оболочке
- увеличение костного вещества в твердой мозговой оболочке
- участок прилежащей к менингиоме твердой мозговой оболочки, интенсивно накапливающий контрастное вещество

**Лечебная тактика в отношении выявленной менингиомы будет**

- субтотальное удаление опухоли
- химиотерапевтическое лечение
- экзентерация глазницы
- наблюдение

**Наиболее оптимальным объемом хирургической операции в данном случае является удаление**

- только гиперостотической части опухоли
- доступной части гиперостоза, а также мягкотканного компонента опухоли только в полости черепа
- только мягкотканного компонента опухоли в полости черепа, глазницы и околоносовых пазух
- доступной части гиперостоза, а также мягкотканного компонента опухоли в полости черепа, глазницы, околоносовых пазух

**Для профилактики продолженного роста субтотально удаленной опухоли необходимо назначение**

- только гиперостотической части опухоли
- доступной части гиперостоза, а также мягкотканного компонента опухоли только в полости черепа

- только мягкотканного компонента опухоли в полости черепа, глазницы и околоносовых пазух
- доступной части гиперостоза, а также мягкотканного компонента опухоли в полости черепа, глазницы, околоносовых пазух

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка П., 39 лет, доставлена в приемное отделение бригадой скорой медицинской помощи.

### **Жалобы**

На головную боль.

### **Анамнез заболевания**

Со слов сопровождающих, заболела остро, когда во время занятия фитнесом в спортивном зале возникла интенсивная головная боль, нарушение речи, упала, потеряла сознание.

### **Анамнез жизни**

Соматически и психически не отягощена.

### **Объективный статус**

При осмотре состояние тяжелое. Уровень сознания — глубокое оглушение. Моторная и сенсорная афазия. Симптомов поражения черепных нервов нет. Сила мышц конечностей D

**Инструментальными методами исследования, необходимыми пациентке в данном случае, являются**

- только гиперостотической части опухоли
- доступной части гиперостоза, а также мягкотканного компонента опухоли только в полости черепа
- только мягкотканного компонента опухоли в полости черепа, глазницы и околоносовых пазух
- доступной части гиперостоза, а также мягкотканного компонента опухоли в полости черепа, глазницы, околоносовых пазух

### **Результаты обследования**

**Для оценки выраженности ангиоспазма проводят**

- ПЭТ/КТ головного мозга
- транскраниальную доплерографию
- МР-ангиографию
- реоэнцефалографию

**При подозрении на субарахноидальное кровоизлияние и отсутствии его признаков на КТ или МРТ, для верификации САК возможно проведение**

- субокципитальной пункции
- эхоэнцефалоскопии
- люмбальной пункции
- вентрикулографии

**Основным диагнозом пациентки является**

- субокципитальной пункции
- эхоэнцефалоскопии
- люмбальной пункции
- вентрикулографии

**Диагноз**

**Ригидность мышц шеи, положительный симптом Кернига являются проявлениями**

- внутричерепной гипертензии
- альтернирующего синдрома
- полушарного синдрома
- менингеального синдрома

**Степень тяжести состояния пациентки по шкале Hunt-Hess составляет**

- IV
- III
- II
- V

**Эндоваскулярное лечение аневризм может иметь приоритет в случае**

- аневризмы труднодоступной локализации
- аневризмы с широкой шейкой
- малой аневризмы диаметром < 2 мм
- гигантской аневризмы

**Операции на аневризме в остром периоде САК откладываются при тяжести САК**

- III степени по Hunt-Hess и легком или умеренном ангиоспазме
- III—IV степени по Hunt-Hess и умеренном или выраженном и распространенном ангиоспазме
- I—II степени по Hunt-Hess
- IV—V степени по Hunt-Hess и ВМГ с развитием дислокационного синдрома

**Для профилактики церебрального ангиоспазма и ишемии мозга при САК используют**

- метопролол
- эналаприл
- эуфиллин
- нимодипин

**В первые 6 месяцев после разрыва аневризмы повторные кровотечения развиваются у**

- 5% больных
- 50% больных
- 90% больных
- 20% больных

**Консультативные нейрохирургические бригады организуют в населенных пунктах численностью от + \_\_\_\_\_ + тысяч человек**

- 50
- 200
- 300
- 500

**Помощь по медицинской реабилитации оказывается**

- 50
- 200
- 300
- 500

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент С., 38 лет, поступил в приемное отделение многопрофильного стационара.

### **Жалобы**

На частые головные боли распирающего характера, беспокоящие в разное время суток, преимущественно в левой лобной области.

### **Анамнез заболевания**

Вышеописанные симптомы беспокоят около года. Накануне поступления впервые в жизни развился эпилептический приступ с началом в правой ноге и последующей генерализацией и потерей сознания.

### **Анамнез жизни**

Рос и развивался нормально. Травм головы не было. Соматически неотягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, беспокоит легкая головная боль в левой половине головы. Менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов выявляется сглаженность правой носогубной складки. Сила мышц конечностей D=S, 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках живые, D>S, коленные, ахилловы рефлексы живые, D>S. Патологических рефлексов нет. Координаторных, чувствительных нарушений не выявлено. Со стороны высших психических функций отклонений не выявлено. Соматический статус — без патологии.

**К необходимым методам исследования для пациента относятся**

- 50
- 200
- 300

- 500

#### **Результаты обследования**

##### **Основным диагнозом пациента является**

- 50
- 200
- 300
- 500

#### **Диагноз**

##### **По размеру АВМ объемом 18 см<sup>3</sup> относится к**

- малым АВМ
- микромальформациям
- гигантским АВМ
- АВМ среднего объема

##### **Эпилептический приступ с началом в правой ноге и последующей генерализацией с потерей сознания является**

- атипичным абсансом
- фокальным атоническим с переходом в билатеральный тонико-клонический
- фокальным миоклоническим
- фокальным моторным с переходом в билатеральный тонико-клонический

##### **При классическом способе АВМ удаляют**

- от вен к артериям
- попеременно
- одновременно одним блоком
- от артерий к венам

##### **Критическими сроками для развития синдрома гиперперфузии в послеоперационном периоде являются + \_\_\_\_\_ + сутки**

- 12–15
- 1–3
- 4–7
- 8–11

##### **При планирующейся эмболизации АВМ предоперационная подготовка включает назначение**

- дексаметазона и пропранолола
- карбамазепина и диакарба
- гепарина и верапамила
- преднизолона и верошпирона

##### **Для лечения эпилептического синдрома пациенту следует назначить**



- габапентин
- вальпроовую кислоту
- лакосамид
- диазепам

Частота полной облитерации при радиохирургическом лечении АВМ достигается у 75-95% больных при ее диаметре менее + \_\_\_\_\_ + см

- 3
- 10
- 8
- 5

При консервативном лечении АВМ головного мозга глубокая инвалидизация наступает приблизительно у + \_\_\_\_\_ + % больных

- 10%
- 5%
- 50 %
- 25%

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100 с шагом в + \_\_\_\_\_ + %

- 15
- 5
- 20
- 10

Критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне + \_\_\_\_\_ + %

- 15
- 5
- 20
- 10

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной Л., 35 лет, пришел на консультацию к неврологу в поликлинику по месту жительства.

### **Жалобы**

На шаткость во время ходьбы, нарушение мочеиспускания.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным на протяжении двух месяцев, с тех пор как впервые начал отмечать пошатывание во время ходьбы, ночные непроизвольные мочеиспускания, к врачам не обращался,

лечился методами народной медицины, на прием пришел в связи со снижением контроля за мочеиспусканием и в дневное время суток.

#### **Анамнез жизни**

- \* Наличие хронических заболеваний отрицает
- \* Курит по 25 сигарет в день
- \* Алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имел
- \* аллергический анамнез не отягощен
- \* семейный анамнез не отягощен

#### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 185 см, вес 87 кг, ИМТ = 25,4. Кожа и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Костно-мышечная система – без патологии. Дыхание в легких везикулярное с жестким оттенком, хрипов нет, ЧД 17 в мин. АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 80 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание слабо контролируемо, никтурия.

Неврологический статус:

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Критика к себе и своему заболеванию снижена. Речь замедлена, периодически отвлекается от сути разговора, тест с запоминанием слов – 8 баллов. Менингеальных знаков не обнаружено. Обоняние сохранено. Зрение не нарушено, OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Движение глаз в полном объеме, поля зрения без выпадений.

Нарушений чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва не выявлено. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо симметрично, мимика живая. Слух сохранен на оба уха, головокружение отрицает. Нарушение глотания и фонации не обнаружено. Повороты головы в сторону и поднятие плеч свободны. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет.

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука =5, правая нога =5, левая рука =5, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексы D=S, оживлены в ногах. Патологический рефлексy Россолимо, Бабинского, Чаддока - отрицательные.

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не обнаружено. ПНП выполняет с промахиванием, в позе Ромберга - пошатывание. Походка неуверенная, укороченный шаг с широко расставленными ногами.

#### **Необходимым в данном случае инструментальным исследованием является**

- 15
- 5
- 20
- 10

#### **Результаты обследования**

#### **Одним из симптомов триады Хакима-Адамса является**

- эпилептические приступы
- дисфагия
- деменция
- нарушение зрения

#### **Наиболее вероятный в данном случае диагноз**

- эпилептические приступы
- дисфагия
- деменция
- нарушение зрения

### **Диагноз**

#### **При нормотензивной гидроцефалии наблюдается**

- подкорковая астазия
- лобная дисбазия
- вестибулярная атаксия
- мозжечковая атаксия

#### **Признаком сообщающейся гидроцефалии является**

- уменьшение объема мозговой ткани
- расширение височных рогов боковых желудочков
- асимметричное расширение желудочков мозга
- расширение всей желудочковой системы

#### **Лейкоареоз – это**

- деформация мозолистого тела
- полоска перивентрикулярного отека
- расширение корковых борозд
- уменьшение объема мозговой ткани

#### **При нормотензивной гидроцефалии ликвородинамическая проба с выведением 30-50 мл ЦСЖ способствует**

- уменьшению выраженности двигательных нарушений
- вклинению головного мозга
- развитию сенсорных нарушений
- нарастанию двигательных нарушений

#### **Множество любмальных пункций может приводить к развитию**

- плексопатии
- остеохондроза шейного отдела позвоночника
- платибазии
- мальформации Киари

#### **Терапия нормотензивной гидроцефалии ограничивается консервативным лечением при**

- спонтанной регрессии первичного патологического процесса
- наличии противопоказаний к оперативному вмешательству
- чрезмерном увеличении желудочковой системы
- отсутствии технического оснащения в ЛПУ

#### **Основным методом хирургического лечения нормотензивной гидроцефалии является**

- декомпрессионная трепанация черепа

- резекция миндалин мозжечка
- имплантация клапана Оммайя
- установка шунтирующей системы

#### **К факторам, предсказывающим клиническое улучшение после шунтирующей операции у пациентов с НТГ, относится**

- умеренная степень выраженности когнитивных нарушений
- высокая степень выраженности когнитивных нарушений
- отсутствие клинического улучшения после ЛП
- длительность нарушений ходьбы

#### **К факторам, снижающим вероятность клинического улучшения после шунтирующей операции у пациентов с НТГ, относится**

- умеренная степень выраженности когнитивных нарушений
- высокая степень выраженности когнитивных нарушений
- отсутствие клинического улучшения после ЛП
- длительность нарушений ходьбы

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной М., 7 лет, в сопровождении матери пришел на консультацию к неврологу в поликлинику по месту жительства

### **Жалобы**

Жалобы на причмокивания, частые моргания глазами, выкрикивание неуместных слов, странные кратковременные движения в руках с их всплеском, подъемами плеч, неусидчивость.

### **Анамнез заболевания**

На протяжении полугода отмечает неконтролируемые выкрики слов, которые немного контролируются при попытках себя контролировать, но усиливаются во время отдыха, также отмечает неконтролируемые движения в руках и причмокивания, длительность по 1-2 секунды, но с переходом на другие части тела. В сутки около 30 раз, но с увеличением их числа во время стресса.

### **Анамнез жизни**

- \* Наличие хронических заболеваний отрицает
- \* Частые ОРВИ, ветряная оспа
- \* Аллергический анамнез неотягощен
- \* Семейный анамнез: Дед по материнской линии страдал тиками

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 125 см, вес 28 кг. Температура тела – 36,6°C. Костно-мышечная система развита в соответствии с полом и возрастом. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких пуэрильное, ЧДД 25 в мин. АД 110/85 мм, ЧСС 86 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме. Неврологический статус:

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Во время осмотра отмечаются неусидчивость, гиперактивность, причмокивания, кратковременные сокращения различных групп мышц по 1-2 секунды, за время осмотра неоднократно отмечались вокальные тики.

Менингеальных знаков не обнаружено. Обоняние не нарушено. Зрение не нарушено, поля зрения без выпадений. OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Чувствительность в зоне иннервации тройничного нерва сохранена. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо симметрично, мимика живая. Слух сохранен, головокружение не нарушено. Расстройств глотания, фонации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет.

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука =5, правая нога =5, левая рука=5, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексы D=S. Патологический рефлекс Бабинского, Чаддока - отрицательные. Отмечаются кратковременные произвольные движения в различных группах мышц по типу тиков.

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной, глубокой чувствительности не выявлено.

Мозжечковые пробы: ПНП пробу выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчив.

#### **Необходимыми в данной ситуации методами диагностики являются**

- умеренная степень выраженности когнитивных нарушений
- высокая степень выраженности когнитивных нарушений
- отсутствие клинического улучшения после ЛП
- длительность нарушений ходьбы

#### **Результаты обследования**

#### **К экстрапирамидной системе относится**

- зубчатое ядро
- гиппокамп
- червь мозжечка
- хвостатое ядро

#### **В данном случае правильным диагнозом будет**

- зубчатое ядро
- гиппокамп
- червь мозжечка
- хвостатое ядро

#### **Диагноз**

#### **Клинические симптомы синдрома Туретта обычно проявляются**

- в пожилом возрасте
- в детском возрасте
- одинаково во всех возрастных группах
- в старческом возрасте

#### **Копролалия – это**

- выкрикивание или произнесение непристойных или нецензурных слов (из лексикона ненормативной лексики)
- снижение экспрессии речи
- повторение чужими словами или фраз, произнесенных другим человеком
- замедление и вязкость речи

**К часто сопутствующим синдрому Туретта психическим расстройствам относят**

- синдром навязчивых состояний
- аутизм
- панические атаки
- нарциссическое расстройство личности

**Синдром навязчивых идей - это**

- психическое расстройство, характеризующееся навязчивыми мыслями, ощущениями, импульсами к выполнению неких действий или иррациональными действиями, выполняемыми по определенным правилам
- расстройство, связанное с нарушенной самооценкой человека в сторону самодовольства
- полиморфное состояние, характеризующееся распадом процессов мышления и реакций
- расстройство психического и психологического развития, при котором наблюдается выраженный дефицит эмоциональных проявлений и сферы общения

**В данном клиническом случае тяжесть тиков оценивается как + \_\_\_\_\_ + степень**

- III
- IV
- I
- II

**В медикаментозной терапии синдрома Туретта применяются**

- метаболитические препараты
- глюкокортикостероиды
- иммуносупрессивные препараты
- атипичные нейролептики

**Важное место в лечении тиков отводится**

- радиотерапии
- психотерапии
- химиотерапии
- сосудистой терапии

**Новым направлением в терапии тяжелых тиков является**

- нейрохирургическая стимуляция глубоких структур мозга
- лечение массивными дозами глюкокортикостероидов
- лечение с применением радиочастотных волн
- стоунтерапия

**Для оценки результатов лечения возможно применение шкалы**

- нейрохирургическая стимуляция глубинных структур мозга
- лечение массивными дозами глюкокортикостероидов
- лечение с применением радиочастотных волн
- стоунтерапия

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больной Л., 12 лет, пришел на консультацию к неврологу в поликлинику по месту жительства в сопровождении отца.

### Жалобы

Жалобы на непроизвольные движения глаз, языка, мышц лица, рук, выкрикивание неуместных слов.

### Анамнез заболевания

Считает себя больным на протяжении двух лет. С момента, когда впервые начал замечать подергивания в лице, которые усиливались при ответах у доски и во время контрольных работ, которые проходили, когда пациент успокаивался. Спустя 6 месяцев начались непроизвольные выкрикивания слов и причмокивания. Такие ситуации возникают около 15-20 раз в сутки длительностью по 1-2сек., но с увеличением их числа в стрессовых ситуациях.

### Анамнез жизни

- \* Хронических заболеваний нет.
- \* Частые ОРВИ, ветряная оспа
- \* Аллергический анамнез не отягощен
- \* Семейный анамнез: по материнской линии были родственники страдавшие тиками

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 150 см, вес 45 кг. Температура тела – 36,6°C. Костно-мышечная система развита в соответствии с полом и возрастом. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 20 в мин. АД 110/85 мм, ЧСС 82 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме.

Неврологический статус:

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Во время осмотра отмечаются неусидчивость, причмокивания, кратковременные сокращения различных групп мышц по 1-2 секунды, за время осмотра дважды отмечались вокальные тики. Менингеальных знаков не обнаружено. Обоняние не нарушено. Зрение не нарушено, поля зрения без выпадений. OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Чувствительность в зоне иннервации тройничного нерва сохранена. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо симметрично, мимика живая. Слух сохранен, головокружение не нарушено. Расстройств глотания, фонации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет.

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука=5, правая нога=5, левая рука=5, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексы D=S. Патологические рефлексы Бабинского, Чаддока - отрицательные. Отмечаются кратковременные непроизвольные движения в различных группах мышц по типу тиков.

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной, глубокой чувствительности не выявлено.  
Мозжечковые пробы: ПНП пробу выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчив.

**Необходимыми в данной ситуации методами диагностики являются**

- нейрохирургическая стимуляция глубоких структур мозга
- лечение массивными дозами глюкокортикостероидов
- лечение с применением радиочастотных волн
- стоунтерапия

**Результаты обследования**

**К экстрапирамидной системе относится**

- червь мозжечка
- черная субстанция
- островковая доля
- миндалина мозга

**В данном случае правильным диагнозом будет**

- червь мозжечка
- черная субстанция
- островковая доля
- миндалина мозга

**Диагноз**

**Клинические симптомы синдрома Туретта чаще проявляются**

- одинаково во всех возрастных группах
- в пожилом возрасте
- в старческом возрасте
- в подростковом возрасте

**Тики – это**

- короткие, стереотипные, скоординированные, но неуместно совершаемые движения, которые могут подавляться усилием воли на короткий промежуток времени
- ритмические колебательные движения части тела
- снижение экспрессии речи с выкрикиванием или произнесением непристойных или нецензурных слов
- нерегулярные, отрывистые, беспорядочно разбросанные, иногда размашистые, бесцельные движения, выраженные преимущественно в конечностях

**К часто сопутствующим синдрому Туретта психическим расстройствам относят**

- обсессивно-компульсивное расстройство
- тревожно-депрессивное расстройство
- нарциссическое расстройство личности
- аутизм

**Синдром навязчивых идей - это**



- расстройство, связанное с нарушенной самооценкой человека в сторону самодовольства
- расстройство психического и психологического развития, при котором наблюдается выраженный дефицит эмоциональных проявлений и сферы общения
- психическое расстройство, характеризующееся навязчивыми мыслями, ощущениями, импульсами к выполнению неких действий или иррациональными действиями, выполняемыми по определенным правилам
- полиморфное состояние, характеризующееся распадом процессов мышления и реакций

**В данном клиническом случае тяжесть тиков оценивается как + \_\_\_\_\_ + степень**

- IV
- II
- III
- I

**В медикаментозной терапии синдрома Туретта применяются**

- глюкокортикостероиды
- метаболические препараты
- атипичные нейролептики
- иммуносупрессивные препараты

**Важное место в лечении тиков отводится**

- психотерапии
- химиотерапии
- радиотерапии
- сосудистой терапии

**К «мягким» нейролептикам относится**

- хлорпромазин
- галоперидол
- клозапин
- сульпирид

**Новым направлением в терапии тяжелых тиков является**

- хлорпромазин
- галоперидол
- клозапин
- сульпирид

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент А., 63 года, обратился за медицинской помощью в приемное отделение стационара.

### **Жалобы**

На головную боль, лихорадку.

### **Анамнез заболевания**

В соматическом статусе отмечены резистентные к терапии повышения артериального давления до 230/120 мм рт. ст., потребовавшие назначения  $\beta$ -адреноблокаторов, вплоть до ганглиоблокаторов; гипергликемия до 15—17 ммоль/л, что потребовало перевод с таблетированных форм гипогликемических препаратов на инсулин до 36 ЕД в сутки. На следующие сутки отмечено появление герпетических высыпаний на верхней и нижней губе, полости рта. Затем присоединился подъем температуры до 38,2—38,8°C, что было расценено как проявление герпетической инфекции. Через 1 сутки развился гипертонический криз, в связи с чем, пациент переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, где гипертонический криз был купирован, однако при неврологическом осмотре отмечено появление менингеального синдрома с диссоциацией симптомов по оси тела.

### **Анамнез жизни**

Соматически и психически неотягощен.

### **Объективный статус**

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 68 в 1 мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. В сознании. Ригидность затылочных мышц. Положительные симптомы Кернига, Брудзинского. На вопросы отвечает неохотно. Простые инструкции выполняет. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Мышечный тонус сохранен. Сила в конечностях достаточная. Легкое оживление сухожильных рефлексов. Нарушений чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет неуверенно.

### **Необходимым инструментальным методом исследования для пациента является**

- хлорпромазин
- галоперидол
- клозапин
- сульпирид

### **Результаты обследования**

### **Необходимыми лабораторными методами исследования для пациента при поступлении являются**

- хлорпромазин
- галоперидол
- клозапин
- сульпирид

### **Результаты обследования**

### **Основным диагнозом пациента является**

- хлорпромазин
- галоперидол
- клозапин
- сульпирид

### **Диагноз**

**Основной причиной развития головной боли при абсцессах головного мозга является**

- напряжение перикраниальных мышц
- демиелинизация корешка тройничного нерва
- интоксикационный синдром
- повышение внутричерепного давления

**Классическая триада симптомов при абсцессе головного мозга, помимо головной боли и лихорадки, включает в себя**

- неврологический дефицит
- элементы кожной сыпи
- наружные ликворные свищи
- диарею

**При локализации абсцесса в затылочной доле кроме головной боли и тошноты может наблюдаться**

- моторная афазия
- гемианопсия
- амавроз слева
- гиперпролактинемия

**Эмпирическая антибактериальная терапия до выявления возбудителя включает в себя**

- тетрациклины
- аминогликозиды
- макролиды
- метронидазол

**После посева материала из абсцесса был выделен S. aureus MRSA, стандартным антибиотиком в этом случае принято считать**

- рифампицин
- доксициклин
- пенициллин
- ванкомицин

**Суточная доза ванкомицина при абсцессе головного мозга у взрослых с нормальной функцией печени и почек составляет + \_\_\_\_\_ + мг**

- 300–450
- 30–45
- 500–800
- 5–10

**Целями хирургического лечения абсцесса головного мозга являются**

- электрокоагуляция капсулы
- уменьшение масс-эффекта
- вскрытие капсулы
- оценка степени масс-эффекта

Показанием к стереотаксической аспирации абсцесса головного мозга является его размер

+ + см

- 4,0–6,0
- 0,5–1,0
- 8,0–10
- 1,5–3

Монотерапия антибактериальными препаратами показана при

- 4,0–6,0
- 0,5–1,0
- 8,0–10
- 1,5–3

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациентка С., 42 года, поступила в нейрохирургическое отделение на плановую госпитализацию.

### Жалобы

На головные боли, повышение артериального давления до 200/120 мм рт. ст., трудно купируемое приемом обычных гипотензивных препаратов, боли в костях, повышение массы тела.

### Анамнез заболевания

Подъемы артериального давления беспокоят в течение последнего года, антигипертензивную терапию не получала. За последние полгода прибавила 16 кг в весе. Выполнялось МРТ надпочечников с КУ – объемных образований не выявлено.

### Анамнез жизни

Не отягощен.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа с преимущественным отложением жировой клетчатки в области подбородка и нижней части живота, ИМТ 31,2.

Кожные покровы обычной окраски, влажные, обращают на себя внимание стрии по бокам живота. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/105 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Высшие психические функции не страдают. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Мышечный тонус сохранен. Сила в конечностях 5 баллов, патологических стопных знаков нет. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Нарушений чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет уверенно.

С целью установления диагноза необходимым инструментальным методом исследования для пациентки является

- 4,0–6,0
- 0,5–1,0
- 8,0–10
- 1,5–3

## Результаты обследования

### С учетом клинической картины пациентке показана консультация врача

- 4,0–6,0
- 0,5–1,0
- 8,0–10
- 1,5–3

## Результаты обследования

### С учетом клинической картины, в первую очередь пациентке необходимо определить уровень

- 4,0–6,0
- 0,5–1,0
- 8,0–10
- 1,5–3

## Результаты обследования

### Наиболее вероятным морфологическим диагнозом является

- 4,0–6,0
- 0,5–1,0
- 8,0–10
- 1,5–3

## Диагноз

### Аденома гипофиза размерами 8×7×6 мм является

- микроаденомой
- гигантской
- небольшой
- средней

### Эндоселлярное расположение аденомы у пациентки означает, что опухоль

- распространяется в кавернозный синус и/или под ТМО
- распространяется в полость черепа
- распространяется в основную пазуху и/ или в носоглотку
- не выходит за пределы турецкого седла

### Симптомокомплекс пациентки можно охарактеризовать как

- акромегалию
- синдром Нельсона
- болезнь Иценко-Кушинга
- болезнь Аддисона

Повышение артериального давления и массы тела с преимущественным отложением жировой клетчатки в области подбородка и нижней части живота, стрии по бокам живота, боли в костях являются проявлением синдрома

- гиперкортицизма
- гиперпролактинемии
- гипергликемии
- гиперглобулинемии

#### **Оптимальным доступом для хирургического лечения пациентки является**

- односторонний субфронтальный
- трансфеноидальный
- бифронтальный
- птериональный

#### **При эндоскопическом эндоназальном доступе назальный этап включает в себя**

- резекцию межпазушных перегородок
- трепанацию дна турецкого седла
- коагуляцию слизистой сфено-этмоиданого кармана
- резекцию задних отделов перегородки носа

#### **При эндоскопическом эндоназальном доступе селлярный этап включает в себя**

- латерализацию средней носовой раковины
- удаление опухоли из параселлярных пространств
- широкую переднюю сфеноидотомию
- трепанацию дна турецкого седла

#### **При радикально проведенной операции стоит рассмотреть вопрос о**

- латерализацию средней носовой раковины
- удаление опухоли из параселлярных пространств
- широкую переднюю сфеноидотомию
- трепанацию дна турецкого седла

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка Ш., 52 лет обратилась к неврологу по месту жительства.

### **Жалобы**

На головокружения, эпизодическую головную боль в правой лобно-височной области.

### **Анамнез заболевания**

Вышеописанная симптоматика беспокоит около полугода. Ранее по данному поводу за медицинской помощью не обращалась. Выполнена МРТ головного мозга, при которой была заподозрена внутричерепная сосудистая патология.

### **Анамнез жизни**

В анамнезе травм головы, судорожных приступов не отмечает, родственники здоровы, инсультный анамнез неотягощен. Страдает поликистозом почек. Курит до 5 сигарет в день.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание

везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Неврологический статус без отклонений от нормы.

**Необходимыми инструментальными методами исследования для пациентки являются**

- латерализацию средней носовой раковины
- удаление опухоли из параселлярных пространств
- широкую переднюю сфеноидотомию
- трепанацию дна турецкого седла

**Результаты обследования**

**Основным диагнозом пациентки является**

- латерализацию средней носовой раковины
- удаление опухоли из параселлярных пространств
- широкую переднюю сфеноидотомию
- трепанацию дна турецкого седла

**Диагноз**

**В соответствии с представленными снимками, аневризма локализуется в**

- кавернозном сегменте ВСА
- офтальмическом сегменте ВСА
- шейном сегменте ВСА
- клиновидном сегменте ВСА

**К немодифицируемым факторам риска развития аневризм головного мозга относится**

- применение пероральных контрацептивов
- аутосомно-доминантный поликистоз почек
- курение
- артериальная гипертония

**К модифицируемым факторам риска развития аневризм головного мозга относится**

- синдром Марфана
- коарктация аорты
- курение
- недостаточность  $\alpha$ 1-антитрипсина

**Проведение операции по поводу НА сосудов головного мозга показано при**

- наличии хронических заболеваний в стадии декомпенсации
- отсутствии роста размера аневризмы в течение 6 месяцев
- коэффициенте соотношения высоты купола аневризмы к диаметру шейки аневризмы менее 1,5
- несферической форме и наличии дивертикулов

**Микрохирургическое лечение предпочтительнее выполнять при**

- локализации аневризмы в вертебробазилярном бассейне

- возрасте пациента до 60 лет
- декомпенсированных соматических заболеваниях
- возрасте пациента старше 70 лет

**Эндоваскулярное лечение предпочтительнее выполнять при**

- частично тромбированной аневризме
- возрасте пациента моложе 60 лет
- аневризме большого и гигантского размера
- локализации аневризм в области офтальмического сегмента ВСА

**Для подтверждения радикальности клипирования аневризмы и состоятельности кровотока по несущей артерии и функционально значимым ветвям используют интраоперационную**

- доплерографию
- тест Вада
- электроэнцефалографию
- реоэнцефалографию

**Оценку результатов операции и исходов лечения больных после выключения аневризмы проводят через + \_\_\_\_\_ + месяца(ев)**

- 3
- 6
- 12
- 2

**Достоверным фактором риска разрыва аневризмы является**

- женский пол
- мужской пол
- сферическая форма
- размер более 7 мм

**Основной методикой для проведения динамического наблюдения неоперированных неразорвавшихся аневризм является**

- женский пол
- мужской пол
- сферическая форма
- размер более 7 мм

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Пациент Ш., 28 лет, обратился к неврологу поликлиники.

**Жалобы**

На снижение слуха и шум в ухе слева, приступы головокружения.



### **Анамнез заболевания**

Шум в левом ухе и снижение слуха стали беспокоить полгода назад. В последний месяц гипоакузия выросла, стали беспокоить эпизоды ощущения мнимого вращения пространства вокруг себя.

### **Анамнез жизни**

Соматически и психически не отягощен.

### **Объективный статус**

Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Высшие корковые функции не страдают. Со стороны черепных нервов имеет место снижение слуха слева – шепотную речь с расстояния 3 м не воспринимает. Спонтанный горизонтальный нистагм. Мышечный тонус сохранен. Сила в конечностях достаточная. Патологических стопных симптомов нет. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Нарушений чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет неуверенно, походка слегка атактическая.

### **Оптимальным методом исследования для пациента является**

- женский пол
- мужской пол
- сферическая форма
- размер более 7 мм

### **Результаты обследования**

### **Наиболее вероятным диагнозом пациента является**

- женский пол
- мужской пол
- сферическая форма
- размер более 7 мм

### **Диагноз**

**В соответствии с классификацией W. Koos рентгенологическая картина опухоли соответствует + \_\_\_\_\_ + стадии**

- I
- II
- III
- IV

**В соответствии с классификацией M. Samii рентгенологическая картина опухоли соответствует + \_\_\_\_\_ + стадии**

- T1
- T2
- T3a
- T4a

### **Головокружение у пациента является**

- вазогенным

- системным
- психогенным
- несистемным

#### **Специфическая предоперационная подготовка показана больным**

- с гипертрофией левого желудочка
- с уровнем активности по Карновскому не ниже 60 баллов
- не имеющим сопутствующей соматической патологии
- в возрасте моложе 60 лет

#### **Наиболее адекватным хирургическим доступом при оперативном лечении вестибулярных шванном является**

- транслабиринтный
- через среднюю черепную ямку
- ретросигмовидный
- орбитозигоматический

#### **Преимуществом транслабиринтного доступа является**

- отсутствие риска развития ликворного свища
- возможность сохранения слуховой функции
- свобода манипуляций на анатомических образованиях мостомозжечкового угла
- визуальный контроль лицевого нерва на всем протяжении

#### **К показаниям для проведения радиохирургического лечения вестибулярной шванномы относится**

- молодой возраст больного
- факт нерадикального оперативного вмешательства
- гипертоническая болезнь
- окклюзионная гидроцефалия

#### **Наиболее частым послеоперационным осложнением является**

- менингит
- послеоперационная ликворрея
- послеоперационные кровоизлияния
- неврит лицевого нерва

#### **Наблюдение за пациентом с невриномой слухового нерва при минимальных жалобах и клинических проявлениях предполагает проведение МРТ не реже 1 раза в**

- месяц
- полгода
- 3 месяца
- год

#### **Двусторонняя вестибулярная шваннома чаще встречается у больных**

- месяц

- полгода
- 3 месяца
- год

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациент 23 лет доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы в сопровождении родственников.

### Жалобы

На головную боль, тошноту.

### Анамнез заболевания

1 час назад на тренировке получил удар по голове, после чего упал. Была рвота. Сознание не терял, но на вопросы отвечал односложно, замедленно. Сразу же был доставлен в больницу.

### Анамнез жизни

Соматически и психически неотягощен.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 100/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Сознание ясное, полностью ориентирован. Менингеальных знаков нет. Речь беглая, развернутая. Инструкции выполняет. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Мышечный тонус сохранен. Сила в конечностях достаточная, патологических стопных знаков нет. Сухожильные рефлексы живые S=D. Нарушений чувствительности не выявлено. В позе Ромберга слегка пошатывается.

### Инструментальным методом исследования, необходимым пациенту, является

- месяц
- полгода
- 3 месяца
- год

### Результаты обследования

### Основным диагнозом пациента является

- месяц
- полгода
- 3 месяца
- год

### Диагноз

### Количественная оценка уровня сознания у пациента с черепно-мозговой травмой осуществляется по шкале

- комы Глазко

- тяжести Ханта-Хесса
- Карновского
- признаков Фишера

**При сотрясении мозга общее состояние пострадавшего чаще значительно улучшается в течение + \_\_\_\_\_ + недели**

- первой
- второй
- третьей
- четвертой

**Принято считать, что в основе обратимых симптомов сотрясения головного мозга лежит**

- катехоламиновый криз
- функциональная асинапсия
- артеробитивная гидроцефалия
- венозная дисциркуляция

**С сотрясением головного мозга на наблюдение в домашних условиях (при нормальной КТ) могут быть направлены пациенты**

- с АЧТВ 30 сек
- с МНО > 5,0
- в состоянии алкогольного опьянения
- в состоянии наркотического опьянения
- с отсутствием неврологической симптоматики

**С целью купирования болевого синдрома пациенту можно назначить**

- бупренорфин
- кетопрофен
- тапентадол
- тизанидин

**В качестве снотворного препарата пациенту можно назначить**

- феназепам
- глицин
- мirtазапин
- кетамин

**Кровоизлияния при легкой черепно-мозговой травме встречаются приблизительно в + \_\_\_\_\_ + % случаев**

- 1
- 3
- 5
- 10

**Сроки временной нетрудоспособности у пациентов с сотрясением головного мозга, как правило, не превышают + \_\_\_\_\_ + недель**

- 3
- 6
- 4
- 2

При амбулаторном лечении сотрясения головного мозга лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком до + \_\_\_\_\_ + календарных дней включительно

- 15
- 10
- 14
- 7

Продление листка нетрудоспособности свыше 15 календарных дней осуществляется

- 15
- 10
- 14
- 7

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная С., 57 лет, пианистка, обратилась в поликлинику по месту жительства.

### Жалобы

Интенсивные боли в мизинце и безымянном пальце правой руки, ограничивающие движения в ней, онемение и покалывание в этой области.

### Анамнез заболевания

Впервые начала отмечать боли год назад после травмы кисти. Сначала они локализовались в области лучезапястного сустава, после проведенного лечения боли в области сустава прошли, но со временем развились в IV-V пальцах, которые были слабые, редкие, не ограничивали движений, местное применение крема «Кетонал» снимало боль. Постепенно боли начали нарастать, появилось чувство онемения в пальцах, применение обезболивающих кремов облегчения не приносило, в связи с чем обратилась в данный момент.

### Анамнез жизни

- \* Хронические заболевания: Сахарный диабет 2 типа, Гипертоническая болезнь I ст. 2 ст. риск 3
- \* Не курит, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами отрицает
- \* Аллергический анамнез не отягощен
- \* Семейный анамнез не отягощен

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 162 см, вес 87 кг, ИМТ = 33,2. Костно-мышечная система: ограниченность активных движений и боль при совершении пассивных движений в правом лучезапястном суставе, атрофия мышц гипотенара справа. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, сухие, незначительный акроцианоз правой кисти. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. АД 140/90 мм рт. ст., ЧСС 74 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Патологических шумов нет. Границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочеиспускание в норме.

Неврологический статус:

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована. Менингеальных знаков не обнаружено. Обоняние сохранено. Зрение не нарушено, OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Движение глаз в полном объеме, поля зрения без выпадений. Нарушений чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва не выявлено. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо симметрично, мимика живая. Слух сохранен на оба уха, головокружение отрицает. Расстройств глотания, фонации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет.

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука в дистальных отделах - 3, правая нога =5, левая рука =5, левая нога=5 баллов. Атрофия мышц гипотенара левой кисти. Сухожильные рефлексы с рук D

Чувствительная сфера: гипестезия, парестезии ладонной и тыльной поверхности IV, V пальцев правой кисти. Положительный симптом поколачивания. ПНП выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчива.

**Необходимыми в данном случае инструментальными методами исследования являются**

- 15
- 10
- 14
- 7

**Результаты обследования**

**В иннервации ладонной поверхности верхней конечности принимает участие**

- N.Ishadicus
- N.Ulnaris
- N.Accessorius
- N.Radialis

**Наиболее вероятный в данном случае диагноз**

- N.Ishadicus
- N.Ulnaris
- N.Accessorius
- N.Radialis

**Диагноз**

**Ульнарный синдром запястья связан с повреждением**

- кожно-мышечного нерва
- локтевого нерва
- срединного нерва
- лучевого нерва

**Канал, в котором проходит локтевой нерв, по автору называется**

- канал Гийона

- канал Муше
- канал Дюшенна-Эрба
- канал Дежерина

**Какой симптом помогает в дифференциальной диагностике дистального уровня повреждения нерва от преганглионарного?**

- кисть по типу «сжатой в кулак»
- симптом Тинеля
- атрофия мышц кисти
- парестезия ладонной поверхности руки

**Нейропатия локтевого нерва также может развиваться в области**

- верхней грудной апертуры
- кубитального канала
- запястного канала
- малой грудной мышцы

**Дифференциальный диагноз ульнарного синдрома запястья проводится с**

- дерматомиозитом
- синдромом малой грудной мышцы
- синдромом спирального канала
- сенсорными парциальными эпилептическими припадками

**Показанием к хирургическому лечению закрытого повреждения периферического нерва является отсутствие восстановления или минимальное восстановление функции нерва через**

- 3-4 месяца
- 1-2 недели
- 3-4 суток
- 10-12 месяцев

**Основными манипуляциями, выполняемыми на нервных структурах с целью восстановления их функции, являются**

- невролиз, неврэктомия, невродиссекция
- невролиз, эндоневролиз, нейрорафия, нейротрансплантация
- нейрорафия, некрэктомия, невродиссекция
- некрэктомия, неврэктомия

**Показанием к применению хирургических методов лечения является**

- диагностированный туннельный синдром
- слабо выраженный болевой синдром
- желание пациента
- наличие признаков прямой компрессии нерва фиброзными структурами

**Универсальным методом лечения туннельного синдрома является**

- диагностированный туннельный синдром

- слабо выраженный болевой синдром
- желание пациента
- наличие признаков прямой компрессии нерва фиброзными структурами

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больной С., 18 лет, самостоятельно обратился в приемное отделение стационара.

### Жалобы

На постоянное дрожание рук и головы, чувство скованности в теле, медлительность, поперхивание при приеме пищи, снижение настроения, периодические носовые кровотечения.

### Анамнез заболевания

Первые симптомы заболевания в виде дрожания рук возникли год назад, в дальнейшем присоединились дрожание головы и чувство скованности при движениях, сложности при инициации ходьбы, тревожность и раздражительность. В последние 2 месяца стал поперхиваться при приеме пищи, родственники обратили внимание на осиплость голоса. В течение последней недели было 2 эпизода носовых кровотечений, что послужило поводом для обращения к врачу.

### Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Месяц назад поступил в колледж, где в настоящее время учится по специальности «плотник». Со слов, тогда же при прохождении планового медицинского осмотра в общем анализе крови была обнаружена анемия, по поводу которой далее не обследовался.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы субиктеричны. Температура тела - 36,7°C. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени выступает на 10 см из-под края реберной дуги. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/75 мм рт. ст. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурических явлений нет. +

Неврологический статус: сознание ясное, полностью ориентирован в месте, времени и личности. Менингеальной симптоматики нет. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь несколько замедлена, лексически и грамматически правильная, с умеренной дисфонией и дизартрией. Глоточный рефлекс симметрично ослаблен с двух сторон, язык по средней линии. В руках преимущественно постуральный крупноразмашистый тремор, легкий тремор головы. Обращают на себя внимание легкая гипомимия и гипокинезия. Рефлексы с рук и ног живые, S=D, парезов, патологических пирамидных знаков нет. Нарушений чувствительности не выявлено. В позе Ромберга пошатывается.

### Из общих клинических анализов, учитывая данные анамнеза и осмотра, пациенту следует назначить

- диагностированный туннельный синдром
- слабо выраженный болевой синдром
- желание пациента
- наличие признаков прямой компрессии нерва фиброзными структурами

### Результаты обследования



**Для исключения наследственного дегенеративного заболевания нервной системы, связанного с нарушением обмена веществ, необходимо**

- диагностированный туннельный синдром
- слабо выраженный болевой синдром
- желание пациента
- наличие признаков прямой компрессии нерва фиброзными структурами

**Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом диагностики для данного пациента является**

- диагностированный туннельный синдром
- слабо выраженный болевой синдром
- желание пациента
- наличие признаков прямой компрессии нерва фиброзными структурами

**Результаты инструментального метода обследования**

**Постуральный крупноразмахистый тремор, гипомимия и гипокинезия характерны для**

- экстрапирамидного синдрома
- таламического синдрома
- альтернирующего синдрома
- пирамидного синдрома

**Носовые кровотечения у этого пациента следует рассматривать как проявление**

- синдрома системной воспалительной реакции
- геморрагического синдрома
- синдрома назальной обструкции
- синдрома артериальной гипертензии

**Неврологическим заболеванием пациента является**

- эссенциальный тремор
- болезнь Галлервордена-Шпатца
- гепатолентикулярная дегенерация
- болезнь Паркинсона

**Основным местом отложения меди при гепатолентикулярной дегенерации, помимо базальных ядер, является**

- печень
- почки
- сердце
- поперечнополосатые мышцы

**По этиологии гепатолентикулярная дегенерация является**

- наследственным аутосомно-доминантным заболеванием
- наследственным аутосомно-рецессивным заболеванием
- аутоиммунным заболеванием

- прионным заболеванием

#### Пациенту в диете необходимо

- ограничить потребление грибов, ракообразных, моллюсков, орехов, шоколада, печени
- увеличить потребление жидкости до 3-4 литров в день
- увеличить долю мяса, печени и других субпродуктов в рационе
- ограничить потребление соли и молочных продуктов

#### Для лечения пациенту следует назначить

- глюкокортикостероиды (дексаметазон, гидрокортизон)
- комплексообразователи (d-пеницилламин, триентин, унитиол)
- иммунодепрессанты (азатиоприн, метотрексат)
- антиоксиданты (тиоктовая кислота, триметазидин)

#### Медикаментозное лечение пациентов с гепатолентикулярной дегенерацией проводят

- постоянно на протяжении всей жизни
- разово при обнаружении заболевания
- периодическими курсами с перерывами по 3 месяца
- только после трансплантации печени

#### Трансплантация печени пациенту с гепатолентикулярной дегенерацией

- постоянно на протяжении всей жизни
- разово при обнаружении заболевания
- периодическими курсами с перерывами по 3 месяца
- только после трансплантации печени

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

62-летний мужчина обратился в многопрофильную клинику к неврологу.

### **Жалобы**

Частые спастические сокращения мимической мускулатуры правой половины лица.

### **Анамнез заболевания**

Спастические сокращения мимической мускулатуры правой половины лица, провоцируемые произвольными движениями и эмоциями или возникающими спонтанно, испытывал в течение четырех лет, заметил ухудшение за последние два года. При ЭЭГ патологии не выявлено.

### **Анамнез жизни**

- \* страдает ИБС, стенокардией напряжения
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имел
- \* аллергических реакций не выявлено
- \* имеет трех взрослых детей

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 185 см, вес 90 кг. Костно-мышечная система – без

патологии. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 135/85 мм, ЧСС 78 в мин. Дыхание правильное, ритмичное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в границах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание контролирует. +

Неврологический статус: Сознание ясное. В пространстве, времени и собственной личности ориентирован. Менингеальные симптомы отрицательные. Поля зрения не изменены. Зрачки равны, D=S. Реакция зрачков на свет нормальная, D=S. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Роговичные рефлексы: D=S. Чувствительность на лице сохранена. В покое лицо симметрично. Во время осмотра неоднократно возникают сокращения мимической мускулатуры справа. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии. Координаторные пробы выполняет уверенно. +

Парезов конечностей нет. Тонус мышц не нарушен. Глубокие и периостальные рефлексы оживлены без асимметрии. Патологических симптомов нет. +  
Экстрапирамидных нарушений нет.

#### **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- постоянно на протяжении всей жизни
- разово при обнаружении заболевания
- периодическими курсами с перерывами по 3 месяца
- только после трансплантации печени

#### **Результаты инструментального метода обследования**

##### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- постоянно на протяжении всей жизни
- разово при обнаружении заболевания
- периодическими курсами с перерывами по 3 месяца
- только после трансплантации печени

#### **Диагноз**

##### **Дифференциальную диагностику при данной патологии необходимо проводить с**

- параличом Белла
- синдромом Гийена-Барре
- ботулизмом
- доброкачественной лицевой миокимией

##### **Феномен, связанный с гемифациальным спазмом, при котором стимуляция одной ветви лицевого нерва приводит к отсроченным разрядам по другим ветвям, называется**

- гиперкинезия
- ахейрокинез
- синкинезия
- диадохокинез

##### **Наиболее часто вазоневральный конфликт при гемифациальном спазме вызывается артерией**

- верхней мозжечковой

- позвоночной
- основной
- нижней мозжечковой

**Данная патология чаще встречается у лиц + \_\_\_\_\_ + возраста**

- молодого
- детского
- младенческого
- среднего

**При типичном гемифациальном спазме приступ начинается с сокращений**

- круговой мышцы рта
- подбородочной мышцы
- круговой мышцы глаза
- мышцы, опускающей угол рта

**При консервативном лечении гемифациального спазма используют**

- карбамазепин
- пиридостигмин
- толперизон
- ботулотоксин

**Для лечения данной патологии показана**

- декомпрессия задней черепной ямки
- каротидная эндартерэктомия
- пластика лицевого нерва
- сосудистая декомпрессия

**В данном случае при хирургическом вмешательстве используется**

- трансоральный доступ
- птериональная краниотомия
- парамедианная подзатылочная краниотомия
- краниотомия каменной части пирамиды

**В качестве протектора между нервом и сосудом при МВД можно использовать**

- поливинилхлоридную пленку
- муфту из амальгамы серебра
- карбамидоформальдегидную смолу
- тефлоновую вату

**После сосудистой декомпрессии спазм регрессирует**

- поливинилхлоридную пленку
- муфту из амальгамы серебра
- карбамидоформальдегидную смолу
- тефлоновую вату

# Условие ситуационной задачи

## Ситуация

28-летний мужчина обратился в многопрофильную клинику к неврологу.

## Жалобы

На головные боли в шейно-затылочной области, снижение силы в руках и нарушение болевой и температурной чувствительности верхних конечностей.

## Анамнез заболевания

Головные боли в шейно-затылочной области отмечает с детства. +

Около года назад в автоаварии получил хлыстовую травму шейного отдела позвоночника. +

В течение последних шести месяцев стал отмечать слабость и снижение болевой и температурной чувствительности верхних конечностей, неоднократно получал ожоги рук.

## Анамнез жизни

\* хронических заболеваний нет

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет

\* профессиональных вредностей не имел

\* аллергических реакций не выявлено

\* детей нет

## Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 190 см, вес 93 кг. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые обычной окраски, на руках следы нескольких ожогов различной давности. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 125/80 мм, ЧСС 74 в мин. Дыхание правильное, ритмичное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в границах нормы Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание контролирует. +

Неврологический статус: Сознание ясное. В пространстве, времени и собственной личности ориентирован. Менингеальные симптомы отрицательные. Поля зрения не изменены. Зрачки равны, D=S. Движение глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм. Роговичные рефлексы: D=S. Чувствительность на лице сохранена. Мимика симметрична. Слух не изменен. Глотание и фонация не нарушены. Язык по средней линии. +

Симметричный парез верхних конечностей до 4-х баллов. Тонус в руках несколько снижен.

Негрубая амиотрофия мышц верхних конечностей. Глубокие и периостальные рефлексы с рук низкие, коленные и ахилловы повышены без асимметрии. Нарушение болевой и температурной чувствительности верхних конечностей, верхних отделов грудной клетки по типу полукуртки.

Патологических симптомов нет. В позе Ромберга пошатывается. +

Экстрапирамидных нарушений нет.

## К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- поливинилхлоридную пленку
- муфту из амальгамы серебра
- карбамидоформальдегидную смолу
- тефлоновую вату

## Результаты инструментального метода обследования

**В данной ситуации показана консультация**

- поливинилхлоридную пленку
- муфту из амальгамы серебра
- карбамидоформальдегидную смолу
- тефлоновую вату

**Результаты обследования**

**Ведущим клиническим синдромом у данного пациента является**

- синдром Гийена-Барре
- синдром центрального поражения спинного
- псевдобульбарный синдром
- мозжечковый синдром

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- синдром Гийена-Барре
- синдром центрального поражения спинного
- псевдобульбарный синдром
- мозжечковый синдром

**Диагноз**

**Патогенез данной патологии обусловлен**

- нейроваскулярным конфликтом
- опухолью мозжечка
- ликворной кистой задней черепной ямки
- эктопией миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие

**Симметричный парез верхних конечностей до 4-х баллов вызван поражением**

- грудного ядра
- пирамидного пути
- пучка Бурдаха
- красного ядра

**Предрасполагающим фактором в развитии заболевания у данного пациента является**

- люмбальная пункция
- травма
- люмбоперитонеальное шунтирование
- инфекция

**У данного пациента поврежден + \_\_\_\_\_ + тракт**

- корково-ядерный
- спиноталамический
- текто-спинальный
- рубро-спинальный

**Декомпрессия краниовертебрального перехода осуществляется + \_\_\_\_\_ + доступом**

- трансоральным
- переднебоковым
- задним срединным
- трансфациальным

**Критерием диагностики мальформации Киари является эктопия миндалин мозжечка ниже линии МакРоя на + \_\_\_\_\_ + мм**

- 4
- 5
- 3
- 7

**Нижней границей разреза шейно-затылочной области при декомпрессии краниовертебрального перехода является проекция**

- остистого отростка С4
- остистого отростка С3
- остистого отростка С1
- остистого отростка С5

**Для исключения такого осложнения, как воздушно-венозная эмболия, предпочтительно проводить операции в положении**

- остистого отростка С4
- остистого отростка С3
- остистого отростка С1
- остистого отростка С5

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Ф., 57 лет, доставлена в приемное отделение многопрофильного стационара бригадой скорой помощи.

### **Жалобы**

На момент осмотра активных жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Проснувшись утром, пациентка обнаружила слабость в левых конечностях, в связи с чем позвала к себе дочь, которая также отметила перекося лица у матери и вызвала скорую помощь. При осмотре врачом скорой помощи в неврологическом статусе были выявлены сглаженность левой носогубной складки, снижение мышечной силы в левой руке и ноге до 4 баллов и левосторонняя гемигипестезия. АД 135/90 мм рт. ст. На ЭКГ – синусовый ритм. Бригадой СМП доставлена в стационар спустя 4 часа от появления симптомов. +

Ранее у пациентки был подобный эпизод, который самостоятельно разрешился в течение получаса. Обращалась к неврологу по месту жительства на следующий день, очаговой симптоматики, со слов, выявлено не было.

### **Анамнез жизни**

Страдает эссенциальной гипертензией 2-ой степени, III стадии, ишемической болезнью сердца: стенокардией напряжения II ФК. Постоянно принимает лозартан 50 мг в сутки, бисопролол 5 мг в сутки. На фоне антигипертензивной терапии АД в пределах 130/90 мм рт. ст.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, повышенного питания. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 17/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 135/90 мм рт. ст. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурических явлений нет. +  
Неврологически статус: сознание ясное, в месте, времени и личности ориентирована. Менингеальной симптоматики нет. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь звонкая, беглая, лексически и грамматически правильная. Движения глазных яблок в полном объеме. Глоточный рефлекс живой, язык по средней линии. Лицо симметрично. Сила во всех группах мышц – 5 баллов. Легкая анизорефлексия, S>D, парезов, патологических пирамидных знаков нет. Нарушений чувствительности не выявлено. В позе Ромберга слегка пошатывается, координаторы пробы выполняет уверенно. Состояние по шкале NIHSS – 0 баллов.

### **Необходимым инструментальным методом исследования для пациентки является**

- остистого отростка C4
- остистого отростка C3
- остистого отростка C1
- остистого отростка C5

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **С целью оценки состояния магистральных сосудов головы пациентке необходимо выполнить**

- остистого отростка C4
- остистого отростка C3
- остистого отростка C1
- остистого отростка C5

### **Результаты обследования**

#### **Очаговая симптоматика, выявленная врачом СМП на догоспитальном этапе, соответствует поражению в бассейне**

- левой передней мозговой артерии
- левой средней мозговой артерии
- правой средней мозговой артерии
- правой задней мозговой артерии

#### **Эффективным способом раннего выявления ишемического повреждения головного мозга при МРТ является**

- {nbsp}FIESTA
- {nbsp}FLAIR
- {nbsp}DWI
- {nbsp}T2



**С учетом анамнеза, клинических и инструментальных методов исследования пациентке выставлен диагноз**

- {nbsp}FIESTA
- {nbsp}FLAIR
- {nbsp}DWI
- {nbsp}T2

**Диагноз**

**Найденные у пациентки очаговые симптомы требуют дифференциальной диагностики с**

- параличом Тодда
- сонным параличом
- мигренью
- оливопонтocerebellарной дегенерацией

**Антигипертензивными препаратами выбора для вторичной профилактики инсульта являются**

- альфа-адреноблокаторы
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и блокаторов ангиотензин-рениновых рецепторов
- блокаторы кальциевых каналов
- бета-адреноблокаторы

**В качестве антитромботической терапии пациентке необходимо назначить**

- ацетилсалициловую кислоту
- ривароксабан
- варфарин
- дабикатрана этексилат

**Из методов хирургического лечения стеноза ВСА данной пациентке показано проведение**

- сонно-подключичного шунтирования
- стентирования
- каротидной эндартерэктомии
- экстра-интракраниального микроанастомоза

**Каротидная эндартерэктомия не рекомендуется пациентам со стенозом сонной артерии менее + \_\_\_\_\_ + %**

- 90
- 75
- 85
- 50

**Увеличивает риск рестеноза после КЭАЭ**

- пластика заплатой из дакрона
- пластика заплатой из PTFE
- пластика заплатой из аутовены
- первичный шов

## Оценка непосредственных результатов КЭАЭ проводится с помощью

- пластика заплатой из дакрона
- пластика заплатой из PTFE
- пластика заплатой из аутолены
- первичный шов

## Условие ситуационной задачи

### **Ситуация**

Больной С., 5 лет, доставлен в приемное отделение стационара в сопровождении матери.

### **Жалобы**

Со слов матери, на судороги с потерей сознания, эпизоды замирания и отстраненности сына с подергиваниями лица, изменения в поведении.

### **Анамнез заболевания**

В течение последнего месяца заметила странности в поведении сына, проявляющиеся растерянным взглядом, бедностью мимики с легким подергиванием лицевой мускулатуры после пробуждения длительностью по 10–15 секунд, при этом он не откликнулся на имя. В день обращения пациент упал; падению предшествовало напряжение мышц со вздрагиванием, приподниманием плеч, выбрасыванием рук вперед и коротким неполным приседанием с последующей атонией. Ночью у ребенка развились судороги в виде двухсторонних спазмов с кивками, наклоном туловища, приподниманием, разведением и вытягиванием вперед рук в течение приблизительно 1-ой минуты, в период которой ребенок был недоступен контакту. В связи с этим, была вызвана «скорая помощь», пациент с матерью доставлен в приемное отделение стационара.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от первых родов. Роды длительные при тазовом предлежании. Наблюдался с перинатальной гипоксической энцефалопатией. В 3 года перенес ветряную оспу. В 4 года упал с велосипеда и ударился головой, было диагностировано сотрясение головного мозга. В психическом развитии несколько отстает от сверстников. В последнее время родители стали отмечать конфликтность и вспыльчивость.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 115/75 мм рт. ст. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурических явлений нет. +  
Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальной симптоматики нет. На вопросы врача отвечает неохотно, односложно. Обращенную речь понимает полностью, собственная речевая продукция снижена. Движения глазных яблок в полном объеме. Глоточный рефлекс живой, язык по средней линии. Лицо симметрично. Сила во всех группах мышц – 5 баллов. Сухожильные рефлексы живые, S=D, парезов, патологических пирамидных знаков нет. Нарушений чувствительности не выявлено. В позе Ромберга устойчив, координаторные пробы выполняет уверенно. Функции тазовых органов не нарушены.

### При поступлении в стационар пациент нуждается в проведении

- пластика заплатой из дакрона

- пластика заплатой из PTFE
- пластика заплатой из аутолены
- первичный шов

#### **Результаты обследования**

**Растрепанный взгляд, бедность мимики с легкими подергиваниями лицевой мускулатуры после пробуждения длительностью по 10–15 секунд и отсутствием вербального контакта следует расценивать как**

- генерализованные атонические припадки
- простые парциальные моторные припадки
- атипичные абсансы
- простые парциальные психические припадки

**Падение с напряжением мышц со вздрагиванием, приподниманием плеч, выбрасыванием рук вперед и коротким неполным приседанием с последующей атонией следует расценивать как**

- фасцикуляции
- акционный тремор
- генерализованный тик
- миоклонус

**Судороги в виде двухсторонних спазмов с кивками, наклоном туловища, приподниманием, разведением и вытягиванием вперед рук, в период которых ребенок был недоступен контакту, следует расценивать как**

- генерализованный версивный припадок
- рубральный тремор
- генерализованный тонический припадок
- гипермоторный автоматизм

**Аксиальные тонические припадки и атипичные абсансы с диффузными медленными комплексами (острая-медленная волна на ЭЭГ) являются типичными для**

- эссенциального миоклонуса
- ювенильной миоклонической эпилепсии Янца
- инфантильных спазмов
- синдрома Леннокса-Гасто

**Вероятной причиной развития заболевания является**

- перенесенная ветряная оспа
- перинатальное повреждение
- сотрясение головного мозга в анамнезе
- генетические факторы

**Манифестация синдрома Леннокса-Гасто чаще приходится на**

- период от 1 года до 9 лет
- период от 5 до 20 лет
- 1-е и 2-е десятилетие жизни

- 1-й год жизни

#### **Особенностью фармакотерапии синдрома Леннокса-Гасто является**

- включение в схему терапии L-тироксина
- использование парентеральных форм антиконвульсантов
- хороший ответ на монотерапию невысокими дозами
- терапевтическая резистентность

#### **Препаратом первой линии при синдроме Леннокса-Гасто считается**

- феназепам
- топирамат
- фенобарбитал
- пентазоцин

#### **При фармакорезистентной эпилепсии пациенту может быть показан вариант каллозотомии - рассечение**

- передних 2/3 мозолистого тела
- колена мозолистого тела
- задней 1/3 ствола мозолистого тела
- валика мозолистого тела

#### **Анатомическим субстратом нейростимуляции при эпилепсии может являться**

- сосцевидные тела
- ножки гиппокампа
- блуждающий нерв
- ленточная извилина

#### **Тест Вада при планировании крупных резекций используется для**

- сосцевидные тела
- ножки гиппокампа
- блуждающий нерв
- ленточная извилина

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 8 лет в сопровождении матери доставлен бригадой СМП в приемное отделение многопрофильного стационара.

### **Жалобы**

На слабость в левой руке и асимметрию лица, развившиеся после судорожного приступа, утомляемость, снижение успеваемости в школе.

### **Анамнез заболевания**

Со слов матери, войдя в комнату сына, обнаружила, как у того развился судорожный приступ с потерей сознания, продолжавшийся около 30 секунд, в связи с чем была вызвана «скорая

помощь». +

В период транспортировки в стационар врач бригады СМП отметил возникновение тонических судорог в левой половине лица и руке, после чего развился короткий билатеральный тонико-клонический приступ.

#### **Анамнез жизни**

Ребенок от первых родов без перинатальных осложнений. В последние два месяца стал жаловаться на утомляемость и снижение успеваемости.

#### **Объективный статус**

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски. ЧСС 72 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные. ЧДД 17/мин, дыхание в легких везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. +

В неврологическом статусе: +

Сознание ясное. В месте, времени и личности ориентирован. Менингеальных симптомов нет. На вопросы отвечает короткими фразами. Речь лексически и грамматически правильная. Функции черепных нервов не нарушены. Обращает на себя внимание постоянный миоклонус в левой руке и половине лица, сглаженность левой носогубной складки, парез левой руки со снижением силы до 4 баллов. Сухожильные рефлексы живые, D=S. В позе Ромберга устойчив, ПНП выполняет удовлетворительно. Чувствительных расстройств не выявлено. Функции тазовых органов контролирует.

#### **Необходимым визуализационным методом диагностики для пациента является**

- сосцевидные тела
- ножки гиппокампа
- блуждающий нерв
- ленточная извилина

#### **Результаты обследования**

#### **Необходимым функциональным методом диагностики для пациента является**

- сосцевидные тела
- ножки гиппокампа
- блуждающий нерв
- ленточная извилина

#### **Результаты обследования**

#### **Наиболее вероятным диагнозом у пациента является**

- сосцевидные тела
- ножки гиппокампа
- блуждающий нерв
- ленточная извилина

#### **Диагноз**

#### **В соответствии с этиологической классификацией эпилепсии энцефалит Расмуссена относится к смешанной форме, включающей**

- структурную и генетическую

- иммунную и структурную
- метаболическую и генетическую
- генетическую и инфекционную

**В соответствии с классификацией ILAE-2017 приступ, развившийся у пациента в машине скорой помощи, является**

- генерализованным миоклонико-тонико-клоническим
- вторично генерализованным эпилептическим спазмом
- фокальным с нарушением сознания и автоматизмами
- фокальным тоническим с переходом в билатеральный тонико-клонический

**Фокальные моторные приступы с переходом в билатеральные тонико-клонические и облигатным миоклонусом являются проявлениями эпилепсии**

- Адамса
- Валленберга
- Кожевникова
- Джексона

**Двигательные нарушения, развившиеся у пациента после эпилептического приступа, являются парезом**

- Тодда
- Бехтерева
- Шарко
- Россолимо

**Терапия при установлении диагноза энцефалита Расмуссена начинается с**

- ноотропов
- противовирусных препаратов
- иммуноглобулинов
- цитостатиков

**Стартовая терапия эпилепсии для пациента с энцефалитом Расмуссена начинается с**

- карбамазепина
- феназепамы
- барбитуратов
- вальпроевой кислоты

**При дальнейшем прогрессировании заболевания, несмотря на применение иммуноглобулинов, пациенту показано назначение**

- бета-адреноблокаторов
- кортикостероидов
- антидепрессантов
- диуретиков

**При неэффективности лечения иммуноглобулинами и кортикостероидами пациенту на длительное время можно назначить**

- пеницилламин
- такролимус
- гидроксихлорохин
- апремиласт

### Нейрохирургическим методом лечения при энцефалите Расмуссена является

- пеницилламин
- такролимус
- гидроксихлорохин
- апремиласт

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная С., 49 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства.

### Жалобы

На давящую головную боль, снижение зрения, бессонницу, снижение памяти.

### Анамнез заболевания

Считает себя больной на протяжении года, когда впервые начала отмечать ухудшение зрения обоих глаз и головные боли, снимала боль комбинированными анальгетиками, с хорошим эффектом в начале. Позже боли начали нарастать, больная начала отмечать нарушения сна, ухудшения памяти, родственники начали отмечать изменение внешности больной. Отмечает увеличение размера кистей (не может надеть обручальное кольцо) и стоп (изменился размер обуви).

### Анамнез жизни

- \* наличие хронических заболеваний отрицает
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имела
- \* аллергический анамнез не отягощен
- \* семейный анамнез: мать страдала несхарным диабетом
- \* имеет взрослого ребенка

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 167 см, вес 72 кг, ИМТ = 22,8. Кожа и слизистые обычной окраски. Костно-мышечная система: отмечается деформация лица, увеличение надбровных дуг, носа, несоразмерно крупные кисти и стопы. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 19 в мин. АД 125/85 мм рт. ст., ЧСС 84 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Увеличение относительной тупости сердца. Край печени на 2 см. ниже реберной дуги. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме. +  
Неврологический статус: +

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована. Менингеальных знаков не обнаружено. Обоняние сохранено. Зрение снижено на оба глаза. Битемпоральная гемианопсия. OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Глазодвигательных нарушений не выявлено. +

Нарушений чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва не выявлено. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо симметрично в покое и при пробах. Слух сохранен на оба уха,

головокружение отрицает. Расстройств глотания, фонации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет. +

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука =5, правая нога =5, левая рука=5, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексы D=S. Патологические рефлексы Бабинского, Чаддока - отрицательные. +

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной, глубокой чувствительности не выявлено. +  
Мозжечковые пробы: ПНП пробу выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива, в усложненной позе Ромберга устойчива.

#### **Необходимыми в данном случае лабораторными методами исследования являются**

- пеницилламин
- такролимус
- гидроксихлорохин
- апремиласт

#### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **Необходимыми в данном случае инструментальными методами исследования являются**

- пеницилламин
- такролимус
- гидроксихлорохин
- апремиласт

#### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **Наиболее вероятным диагнозом в данном случае является**

- пеницилламин
- такролимус
- гидроксихлорохин
- апремиласт

#### **Диагноз**

#### **Главным отличительным признаком микроаденом от макроаденом является**

- отсутствие изменений размеров турецкого седла
- отсутствие гормональных изменений
- прорастание костных структур
- сдавление хиазмы

#### **Аденомы гипофиза чаще являются**

- злокачественными медленно прогрессирующими опухолями
- доброкачественными медленно прогрессирующими опухолями
- доброкачественными быстро прогрессирующими опухолями
- злокачественными быстро прогрессирующими опухолями

#### **Развитие глазодвигательных нарушений возможно при распространении опухолевого процесса на**



- кавернозный синус
- основную пазуху
- нижнюю глазничную щель
- зрительный канал

#### **Инциденталома – это**

- гормонально-неактивная опухоль
- гормонально-активная опухоль
- пролактинома эндоселлярная
- соматотропинома гигантских размеров

#### **Хиазмальный синдром включает в себя**

- биназальный тип нарушения зрения, отсутствие снижения остроты зрения
- изменения турецкого седла и полей зрения
- атрофию диска зрительного нерва на стороне поражения и отек диска на противоположной стороне
- амавроз и глазодвигательные нарушения

#### **Основным методом лечения аденомы гипофиза является**

- медикаментозная терапия
- хирургическое лечение
- лучевая терапия
- полихимиотерапия

#### **Наиболее рациональным видом хирургического вмешательства в данном случае является**

- установка вентрикуло-перитонеального шунта
- декомпрессионная трепанация черепа
- транскраниальная операция
- эндоскопическая эндоназальная трансфеноидальная аденомэктомия

#### **Для консервативного лечения соматотропиномы применяют**

- депакин
- бромокрептин
- финлепсин
- леводопа

#### **Одним из наиболее опасных и потенциально летальных осложнений трансфеноидальной хирургии является**

- депакин
- бромокрептин
- финлепсин
- леводопа

## **Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Больная Ж., 41 год, пришла на консультацию к неврологу в поликлинику по месту жительства.

## **Жалобы**

Жалобы на снижение слуха на правое ухо, давящие головные боли, частые головокружение, снижение чувствительности на правой половине лица.

## **Анамнез заболевания**

На протяжении последних двух лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо, головокружение, возникающее на фоне полного благополучия без каких-либо предвестников, пошатывание. Месяц назад начала отмечать диффузные давящие головные боли, которые регрессируют на фоне приема. Также в течение года отмечает снижение чувствительности на правой половине лица.

## **Анамнез жизни**

- \* Наличие хронических заболеваний отрицает
- \* Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* Профессия – программист
- \* Аллергический анамнез не отягощен
- \* Семейный анамнез: мать страдала онкологическим заболеванием
- \* Имеет двух взрослых детей

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 162 см, вес 70 кг, ИМТ = 26,7. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 125/85 мм, ЧСС 78 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме. +

Неврологический статус: +

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована. Менингеальных знаков не обнаружено. Зрение не нарушено, поля зрения без выпадений. OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Отмечается горизонтально-ротаторный нистагм вправо. Гипестезия в зоне иннервации тройничного нерва справа. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Легкая асимметрия лицевой мускулатуры, недостаточность по Хаус-Бракману - 2 балла. Снижение слуха справа, головокружение. Расстройств глотания, фонации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет. +  
Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука =5, правая нога =5, левая рука=5, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексы D=S. Патологические рефлексы Бабинского, Чаддока - отрицательные. +

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной, глубокой чувствительности не выявлено. +  
Мозжечковые пробы: ПНП пробу выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга пошатывание, в усложненной позе Ромберга отклоняется вправо.

## **В данной ситуации необходимыми методами диагностики являются**

- депакин
- бромкрептин
- финлепсин
- леводопа

## Результаты обследования

### Выберите анатомическое образование, связанное с внутренним слуховым проходом

- добавочный нерв
- глазодвигательный нерв
- вестибулярно-слуховой нерв
- задняя нижняя мозжечковая артерия

### В данном случае диагнозом является

- добавочный нерв
- глазодвигательный нерв
- вестибулярно-слуховой нерв
- задняя нижняя мозжечковая артерия

## Диагноз

### Источником роста вестибулярной шванномы является зона

- остеобластных клеток пирамиды височной кости
- Оберштейнера-Редлиха
- астроцитарных клеток
- миелоцитарных клеток

### Зона Оберштейнера-Редлиха – это переходная зона между

- астроцитами и олигодендроцитами
- нейронами и олигодендроцитами
- олигодендроцитами и шванновскими клетками
- нейронами и шванновскими клетками

### Оценка данной больной по шкале Карновского

- 80
- 30
- 50
- 100

### Клиническая картина вестибулярных шванном складывается из

- признаков поражения черепных нервов, стволовых симптомов и мозжечковых нарушений
- пирамидного синдрома, псевдобульбарного синдрома, симптомов нарушения высшей психической деятельности
- бульбарного синдрома, гидроцефального и гипертензионного синдромов
- глазодвигательных нарушений, внутричерепной гипертензии, диэнцефального синдрома

### Дифференциальную диагностику невриномы слухового нерва необходимо проводить с

- холестеатомой задней черепной ямки
- хордомой ската
- менингиомой пирамиды височной кости
- эпендимомой бокового выворота задней черепной ямки

### Частота рецидивирования вестибулярных шванном составляет

- в среднем 5%
- 30%
- 15%
- 20%

### Наиболее рациональным доступом является

- супраорбитальный
- субокципитальный ретросигмовидный
- межполушарный
- транскаллезный

### При ретросигмовидном доступе трепанационное окно создается в

- чешуе затылочной кости
- в теменной кости
- чешуе височной кости
- в чешуях височной и затылочной костей

### Для предупреждения продолженного роста субтотально удаленной невриномы рекомендуется проведение

- чешуе затылочной кости
- в теменной кости
- чешуе височной кости
- в чешуях височной и затылочной костей

## Условие ситуационной задачи

### **Ситуация**

Больной М., 22 года, студент, доставлен бригадой скорой медицинской помощи.

### **Жалобы**

Интенсивную боль в правой руке при малейших движениях, которая распространяется до кончиков пальцев по ладонной поверхности.

### **Анамнез заболевания**

Два часа назад упал с велосипеда на большой скорости на правый бок, после чего почувствовал интенсивную боль в правой в руке, невозможность совершения каких-либо движений в ней, бригадой скорой помощи был доставлен в приемное отделение городской больницы с подозрением на вывих правого плечевого сустава.

### **Анамнез жизни**

- \* Наличие хронических заболеваний отрицает
- \* Курение, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами отрицает
- \* Аллергический анамнез не отягощен
- \* Семейный анамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 185 см, вес 87 кг, ИМТ = 25,4. Костно-мышечная

система: ограниченность активных и резкая боль при совершении пассивных движений в правом плечевом, локтевом и лучезапястном суставах. Кожа и видимые слизистые обычной окраски и влажности, акроцианоз правой руки, кожа наружной поверхности правой руки и правой ноги в мелких посттравматических ссадинах. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. АД 115/75 мм рт. ст., ЧСС 82 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме. + Неврологический статус: +

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Менингеальных знаков не обнаружено. Обоняние сохранено. Зрение не нарушено, OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Движение глаз в полном объеме, поля зрения без выпадений. +

Нарушений чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва не выявлено. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо симметрично, мимика живая. Слух сохранен на оба уха, головокружение отрицает. Расстройств глотания, фонации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет. +

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука=2, пальцы правой кисти согнуты, правая нога=5, левая рука=5, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексы с рук D

Чувствительная сфера: гиперестезия, аллодиния медиальной поверхности правого плеча, предплечья, парестезии ладонной поверхности кисти правой руки. Положительной симптом Тинеля. ПНП левой рукой выполняет уверенно, выполнение правой рукой невозможно. В позе Ромберга устойчив.

#### **Необходимыми в данном случае инструментальными методами исследования являются**

- чешуе затылочной кости
- в теменной кости
- чешуе височной кости
- в чешуях височной и затылочной костей

#### **Результаты инструментального метода обследования**

##### **В иннервации ладонной поверхности верхней конечности принимают участие**

- {nbsp}N.Accessorius
- {nbsp}N.Ulnaris
- {nbsp}N.Medianus
- {nbsp}N.Suprascapularis
- {nbsp}N.Radialis

##### **Наиболее вероятным, в данном случае, диагнозом является**

- {nbsp}N.Accessorius
- {nbsp}N.Ulnaris
- {nbsp}N.Medianus
- {nbsp}N.Suprascapularis
- {nbsp}N.Radialis

#### **Диагноз**

**Травматическое поражение плечевого сплетения типа Дежерина-Клюмпке связано с повреждением**

- спинно-мозговых корешков C5-C6
- спинно-мозгового корешка C7
- верхнего первичного ствола плечевого сплетения
- нижнего первичного ствола плечевого сплетения и/или корешков C8-Th1

**Ограничение движений в правой руке связано с поражением + \_\_\_\_\_ + нервов**

- лучевого и локтевого
- срединного и локтевого
- лучевого и кожно-мышечного
- срединного и лучевого

**В дифференциальной диагностике дистального повреждения нерва от преганглионарного помогает**

- парестезии ладонной поверхности руки
- кисть по типу «сжатой в кулак»
- симптом Тинеля
- атрофия мышц кисти

**Симптом Тинеля – это**

- возникновение парестезий в области иннервации лучевого нерва при перкуссии молоточком в области запястного канала
- возникновение парестезий в зоне иннервации срединного нерва при перкуссии молоточком в области запястного канала
- возникновение парестезий в области иннервации локтевого нерва при перкуссии молоточком в области запястного канала
- повышение сухожильных рефлексов на фоне мышечной атрофии

**Дифференциальный диагноз паралича Дежерина-Клюмпке проводится с**

- периферической полинейропатией
- дерматомиозитом
- синдромом спирального канала
- плексопатиями иной локализации

**Показанием к хирургическому лечению закрытого повреждения периферического нерва является**

- отсутствие восстановления или минимальное восстановление функции нерва через 1-2 недели
- отсутствие восстановления или минимальное восстановление функции нерва через 3-4 месяца
- отсутствие восстановления или минимальное восстановление функции нерва через 10-12 месяцев
- отсутствие восстановления или минимальное восстановление функции нерва через 3-4 суток

**Основными манипуляциями, выполняемыми на нервных структурах с целью восстановления их функции, являются**

- некрэктомия, неврэктомия

- невролиз, неврэктомия
- нейрография, некрэктомия
- невролиз, эндоневролиз, нейрография, нейротрансплантация

#### Для прямого соединения нервных пучков предпочтительнее использование

- эпиневрального шва
- внутрикожного шва
- мезоневрального шва
- периневрального шва

#### Для нейротрансплантации в качестве материала наиболее часто используется

- эпиневрального шва
- внутрикожного шва
- мезоневрального шва
- периневрального шва

## Условие ситуационной задачи

### **Ситуация**

Больной Л., 32 года, фермер, пришел в поликлинику по месту жительства на консультацию к неврологу.

### **Жалобы**

Диффузные головные боли, слабость в левой руке, снижение работоспособности и сыпь на руках, периодические приступы с потерей сознания и судорогами.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным на протяжении полугода, с тех пор как впервые появились высыпания на руках, общее недомогание, принимал супрастин, который помогал с временным эффектом, к врачу не обращался, около месяца назад добавились постоянные давящие головные боли, более интенсивные утром, а также нарастающая слабость в левой руке, за последний месяц было два приступа с потерей сознания и судорогами.

### **Анамнез жизни**

- \* Наличие хронических заболеваний отрицает
- \* Курит по 20 сигарет в день
- \* Алкоголем не злоупотребляет
- \* Профессиональные вредности не имеет
- \* Эпидемиологический анамнез: проживает на Дальнем Севере, занимается скотоводством, имеет тесный контакт с собаками
- \* аллергический анамнез не отягощен
- \* семейный анамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 173 см, вес 72 кг, ИМТ = 24,1. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и видимые слизистые обычной окраски и влажности, на плечах обеих рук отмечаются волдыри различных размеров. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. АД 125/85 мм рт. ст., ЧСС 82 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Печеночный край на 2 см ниже реберной дуги. Пальпация живота безболезненна, живот

мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме. +

Неврологический статус: +

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Менингеальных знаков не обнаружено.

Обоняние сохранено. Зрение не нарушено, OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Движение глаз в полном объеме, поля зрения без выпадений. +

Нарушений чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва не выявлено. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо симметрично, мимика живая. Слух

сохранен на оба уха, головокружение отрицает. Расстройств глотания, фонации не выявлено.

Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет. +

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука =5, правая нога =5, левая рука =3, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексы D=S. Патологический рефлекс Россолимо слева

положительный, Бабинского, Чаддока - отрицательные. +

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной, глубокой чувствительности не выявлено. +

ПНП выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчив.

#### **Необходимыми в данном случае лабораторными исследованиями являются:**

- эпиневрального шва
- внутрикожного шва
- мезоневрального шва
- периневрального шва

#### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **В данной ситуации необходимо провести инструментальные методы исследования**

- эпиневрального шва
- внутрикожного шва
- мезоневрального шва
- периневрального шва

#### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Наиболее вероятным диагнозом в данном случае является**

- эпиневрального шва
- внутрикожного шва
- мезоневрального шва
- периневрального шва

#### **Диагноз**

#### **На основании клинической картины можно предположить локализацию патологического очага**

**в + \_\_\_\_\_ + извилине**

- парагиппокампальной
- верхней лобной
- средней височной
- прецентральной



### **Ограничение движений в левой руке связано с поражением**

- корково-спинномозгового пути слева
- лобно-мосто-мозжечкового пути
- спинно-таламического пути слева
- корково-спинномозгового пути справа

### **Токсическое действие кисты на организм проявляется**

- головокружением, головной болью
- снижением трудоспособности, развитием общей слабости
- двигательными нарушениями
- головной болью, фебрильной лихорадкой

### **Путь попадания эхинококковых онкосфер в головной мозг является**

- воздушно-капельным
- ятрогенным
- лимфогенным
- гематогенным

### **Дифференциальный диагноз кисты головного мозга необходимо проводить с**

- нейроСПИДом
- патологической извитостью внутренней сонной артерии
- артериовенозной мальформацией
- первичными и вторичными опухолями головного мозга

### **Методом выбора в лечении эхинококковых кист головного мозга является**

- медикаментозное лечение
- симптоматическое лечение
- химиотерапия
- оперативное лечение

### **Осложнением хирургического лечения эхинококковых кист является**

- гипогликемическая кома
- рецидив эхинококкоза спустя 2-3 месяца
- анафилактический шок
- диссеминация эхинококкоза из-за повреждения капсулы паразита

### **Методом выбора хирургического вмешательства является**

- установка постоянного дренажа
- открытое удаление с капсулой
- декомпрессионная трепанация черепа
- пункционная аспирация

### **Антипаразитарным препаратом, применяемым в лечении эхинококкоза, является**

- установка постоянного дренажа

- открытое удаление с капсулой
- декомпрессионная трепанация черепа
- пункционная аспирация

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациент 36 лет доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы бригадой скорой медицинской помощи.

### Жалобы

На головную боль, тошноту.

### Анамнез заболевания

2 часа назад в ходе бытового конфликта упал и ударился головой об асфальт. После падения была кратковременная потеря памяти на 2 минуты. К моменту прибытия бригады СМП пришел в сознание, был контактен. За время транспортировки в стационар фельдшером СМП наблюдалось некоторое угнетение уровня сознания.

### Анамнез жизни

Соматически и психически неотягощен.

### Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. +  
Неврологический статус. Глубокое оглушение. ШКГ 12 баллов. Ригидность затылочных мышц. На вопросы отвечает односложно, после нескольких повторений. Простые инструкции выполняет. Со стороны черепных нервов имеет место анизокария D>S. Мышечный тонус сохранен. Сила в левых конечностях снижена до 4 баллов, симптом Бабинского слева. Легкое оживление сухожильных рефлексов слева. Нарушений чувствительности не выявлено. Координаторные пробы не выполняет.

### Методом исследования, необходимым пациенту в данном случае, является

- установка постоянного дренажа
- открытое удаление с капсулой
- декомпрессионная трепанация черепа
- пункционная аспирация

### Результаты обследования

### Основным диагнозом пациента является

- установка постоянного дренажа
- открытое удаление с капсулой
- декомпрессионная трепанация черепа
- пункционная аспирация

### Диагноз

### Парез у пациента является

- центральным
- психогенным
- смешанным
- периферическим

**Признаком поражения центральных пирамидных нейронов является**

- ригидность затылочных мышц
- анизокория
- угнетение сознания
- симптом Бабинского

**Наиболее частым источником образования эпидуральной гематомы является**

- средняя мозговая артерия
- средняя оболочечная вена
- средняя оболочечная артерия
- дуральный синус

**Консервативное лечение эпидуральной гематомы допустимо при отсутствии очаговой неврологической симптоматики и объеме гематомы не более + \_\_\_\_\_ + см<sup>3</sup>**

- 30
- 75
- 60
- 45

**Интубацию трахеи пациентам с эпидуральной гематомой необходимо проводить при снижении уровня сознания по шкале комы Глазго до**

- 12
- 10
- 11
- 9

**Мониторинг внутричерепного давления при эпидуральной гематоме необходим при снижении уровня сознания до**

- глубокого оглушения
- комы
- умеренного оглушения
- сопора

**При наличии показаний к операции хирургическое вмешательство пострадавшим с острой субдуральной гематомой должно быть выполнено в**

- отсроченном порядке
- срочном порядке
- экстренном порядке
- плановом порядке

**При объеме гематомы более 150 см<sup>3</sup>, снижении бодрствования 4 и менее баллов по ШКГ предпочтительнее выполнить**

- наложение фрезевого отверстия
- декомпрессивную трепанацию
- вентрикуло-перитонеальное шунтирование
- костно-пластическую трепанацию

**Основным медицинским документом, который составляется на каждого поступившего в стационар пациента, является учетная форма**

- 086/у
- 033/у
- 003/у
- 016/у-02

**О поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, необходимо сообщить в**

- 086/у
- 033/у
- 003/у
- 016/у-02

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная С., 49 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства.

### **Жалобы**

На произвольные подергивания мышц правой половины лица.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной на протяжении двух месяцев, с тех пор как возникли первые произвольные сокращения мышц лица, впервые симптомы появились на фоне полного благополучия, ощущала подергивания в области правой глазницы, в дальнейшем мышечные спазмы распространились на всю правую половину лица, возникали спонтанно или провоцировались напряжением мимической мускулатуры.

### **Анамнез жизни**

- \* наличие хронических заболеваний отрицает
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* профессиональных вредностей не имела
- \* аллергический анамнез не отягощен
- \* семейный анамнез не отягощен
- \* имеет одного взрослого ребенка

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 162 см, вес 65 кг, ИМТ = 24,8. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 125/85 мм рт. ст., ЧСС 82 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических

шумов нет. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме. +

Неврологический статус: +

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована. Обоняние сохранено с обеих сторон. Зрение сохранено. Поля зрения без выпадений. OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Глазодвигательных нарушений не выявлено. +

Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненна. В покое лицо симметрично. Во время осмотра несколько раз возникает приступ насильственного сокращения мимической мускулатуры справа с зажмуриванием. Слух сохранен на оба уха, головокружение отрицает. Расстройств глотания, фонации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет. +

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука=5, правая нога=5, левая рука=5, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексы D=S. Патологические рефлексы Бабинского, Чаддока - отрицательные. +

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной, глубокой чувствительности не выявлено. + Мозжечковые пробы: ПНП пробу выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива, в усложненной позе Ромберга устойчива. Менингеальных знаков не обнаружено.

#### **Необходимым в данном случае инструментальным методом исследования является**

- 086/y
- 033/y
- 003/y
- 016/y-02

#### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **Возможными черепными нервами, участвующими в иннервации лица, являются**

- яремный нерв
- языкоглоточный нерв
- лицевой нерв
- преддверно-улитковый нерв
- тройничный нерв

#### **Наиболее вероятным в данном случае диагнозом является**

- яремный нерв
- языкоглоточный нерв
- лицевой нерв
- преддверно-улитковый нерв
- тройничный нерв

#### **Диагноз**

#### **Для оценки степени слабости мимических мышц используется шкала**

- {nbsp}Fasec Pain Scale
- {nbsp}CHART
- {nbsp}House Brackmann Scale

- {nbsp}DN4

#### **Гемифациальный спазм по автору называется болезнь**

- Бриссо
- Галлервордена-Шпатца
- Меньера
- Лайма

#### **Наиболее часто компрессию лицевого нерва вызывает**

- верхняя мозжечковая артерия
- передняя нижняя мозжечковая артерия
- позвоночная артерия
- задняя нижняя мозжечковая артерия

#### **Наиболее частой причиной гиперактивной дисфункции лицевого нерва является**

- вазоневральный конфликт
- опухоль средней черепной ямки
- черепно-мозговая травма
- воспалительное поражение придаточных пазух

#### **Для выявления нейроваскулярного конфликта необходимо провести МРТ в режиме**

- {nbsp}DWI
- {nbsp}FIESTA
- {nbsp}FATSAT
- {nbsp}MERGE

#### **Степень эффективности лекарственной терапии гемифациального спазма**

- высокая в сочетании с физиотерапевтическими методами
- высокая в сочетании с лучевыми методами лечения
- очень низкая
- очень высокая

#### **Альтернативным методом лечения гемифациального спазма является**

- инъекция ботулотоксина
- психотерапия
- иглорефлексотерапия
- физиотерапия

#### **Методом хирургического лечения гемифациального спазма является**

- сосудистая декомпрессия
- неврэктомия
- нейростимуляция тройничного нерва
- {nbsp}DREZ-томия

## Основным хирургическим доступом при проведении хирургического лечения гемифациального спазма является

- васкулярная декомпрессия
- неврэктомия
- нейростимуляция тройничного нерва
- {nbsp}DREZ-томия

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная С., 56 лет, педагог, обратилась в поликлинику по месту жительства.

### Жалобы

Периодически возникающие интенсивные боли в левой кисти, ограничивающие движения в ней, онемение и покалывание на ладонной поверхности кисти.

### Анамнез заболевания

Впервые начала отмечать боли полтора года назад, они появились без видимых причин. Сначала боли были слабые, редкие, не ограничивали движений, местное применение крема «Кетонал» снимало боль. Постепенно боли начали нарастать, появилось чувство онемения в руке, применение обезболивающих кремов облегчения не приносило, в связи с чем обратилась к врачу.

### Анамнез жизни

- \* Хронические заболевания: Сахарный диабет 2 типа, Гипертоническая болезнь II ст. 2 ст. риск 3
- \* Курение, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами отрицает
- \* Аллергический анамнез неотягощен
- \* Семейный анамнез: мать страдала сахарным диабетом

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 93 кг, ИМТ = 34,2. Костно-мышечная система: ограниченность активных движений и боль при совершении пассивных движений в левом лучезапястном суставе, атрофия мышц тенора слева. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, сухие, акроцианоз левой кисти. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 82 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме. + Неврологический статус: +

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована. Менингеальных знаков не обнаружено. Обоняние сохранено. Зрение не нарушено, OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Движение глаз в полном объеме, поля зрения без выпадений. + Нарушений чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва не выявлено. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо симметрично, мимика живая. Слух сохранен на оба уха, головокружение отрицает. Расстройств глотания, фонации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет. +

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука (проксимальные отделы)=4, правая кисть=2, правая нога=5, левая рука=5, левая нога=5 баллов. Атрофия мышц тенора левой кисти.

Сухожильные рефлексы с рук D>S, с ног D=S. Патологические рефлексы Россолимо, Бабинского, Чаддока - отрицательные. +

Чувствительная сфера: гипестезия, парестезии ладонной поверхности I, II, III пальцев левой кисти.

Положительной симптом Тинеля. Манжетная проба положительная. ПНП выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчива.

**Необходимыми в данном случае инструментальными методами исследования являются**

- васкулярная декомпрессия
- неврэктомия
- нейростимуляция тройничного нерва
- {nbsp}DREZ-томия

**Результаты инструментальных методов обследования**

**В иннервации ладонной поверхности кисти принимают участие следующие нервы**

- {nbsp}N.Radialis
- {nbsp}N.Accessorius
- {nbsp}N.Ulnaris
- {nbsp}N.Ishiadicus

**Наиболее вероятный в данном случае диагноз**

- {nbsp}N.Radialis
- {nbsp}N.Accessorius
- {nbsp}N.Ulnaris
- {nbsp}N.Ishiadicus

**Диагноз**

**Синдром запястного канала связан с повреждением + \_\_\_\_\_ + нерва**

- лучевого
- срединного
- кожно-мышечного
- локтевого

**В запястном канале наряду со срединным нервом располагаются**

- лучевой и кожно-мышечный нерв
- сухожилия мышц сгибателей
- лучевой и локтевой нерв
- срединный и лучевой нерв

**В дифференциальной диагностике дистального повреждения нерва от преганглионарного помогает**

- парестезии ладонной поверхности руки
- вид кисти по типу «сжатой в кулак»
- симптом Тинеля
- атрофия мышц кисти

**Знак Фалена – это**



- возникновение парестезий в области иннервации лучевого нерва при перкуссии молоточком в области запястного канала
- возникновение парестезий в области иннервации локтевого нерва при перкуссии молоточком в области запястного канала
- повышение сухожильных рефлексов на фоне мышечной атрофии
- возникновение парестезий в зоне иннервации срединного нерва при пассивном максимальном разгибании кисти

**Дифференциальный диагноз синдрома запястного канала проводится с**

- дерматомиозитом
- кубитальным синдромом
- сенсорными парциальными эпилептическими припадками
- синдромом спирального канала

**Показанием к хирургическому лечению закрытого повреждения периферического нерва является**

- отсутствие восстановления или минимальное восстановление функции нерва через 3-4 месяца
- отсутствие восстановления или минимальное восстановление функции нерва через 1-2 недели
- отсутствие восстановления или минимальное восстановление функции нерва через 10-12 месяцев
- отсутствие восстановления или минимальное восстановление функции нерва через 3-4 суток

**Основными манипуляциями, выполняемыми на нервных структурах с целью восстановления их функции, являются**

- некрэктомия, неврэктомия
- нейрография, некрэктомия
- невролиз, эндоневролиз, нейрография, нейротрансплантация
- невролиз, неврэктомия

**Показанием к применению хирургических методов лечения синдрома запястного канала является**

- диагностированный туннельный синдром
- желание пациента
- наличие признаков прямой компрессии нерва фиброзными структурами
- слабо выраженный болевой синдром

**Универсальным методом лечения туннельного синдрома является**

- диагностированный туннельный синдром
- желание пациента
- наличие признаков прямой компрессии нерва фиброзными структурами
- слабо выраженный болевой синдром

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Больная З., 24 лет, пришла на консультацию в поликлинику по месту жительства.

## **Жалобы**

На постоянную интенсивную головную боль, больше выраженную по утрам, не снимающуюся комбинированными анальгетиками, периодически сопровождающуюся тошнотой и рвотой, головокружением.

## **Анамнез заболевания**

Головные боли начала отмечать полгода назад, возникновение их связывает с напряженным рабочим графиком, сначала они были кратковременные минут 30-40 и самостоятельно проходили. Были более выражены утром. Позже начали нарастать, усиливались при кашле или чихании, на пике боли возникала рвота. Комбинированные анальгетики перестали оказывать лечебный эффект, в связи с чем пришла на консультацию.

## **Анамнез жизни**

- \* Наличие хронических заболеваний отрицает
- \* Курит по 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет
- \* Профессия – офисный работник
- \* аллергический анамнез не отягощен
- \* семейный анамнез: мать страдала онкологическим заболеванием

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 72 кг, ИМТ = 24,9. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 125/85 мм, ЧСС 82 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме. +

Неврологический статус: +

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована. Менингеальных знаков не обнаружено. Зрение не нарушено, поля зрения без выпадений. OD=OS, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Нарушений чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва не выявлено. Атрофии жевательной мускулатуры нет. Лицо симметрично, мимика живая. Слух сохранен на оба уха, имеется головокружение, проба Дикса-Холпайка отрицательная. Расстройств глотания, фонации не выявлено. Голову поворачивает в обе стороны, расстройств движения грудино-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц не выявлено. Язык по средней линии, атрофии, фибрилляций нет. +

Двигательная сфера: Сила в конечностях: правая рука=5, правая нога=5, левая рука=5, левая нога=5 баллов. Сухожильные рефлексы D=S. Патологические рефлексы Бабинского, Чаддока - отрицательные. +

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной, глубокой чувствительности не выявлено. +

Мозжечковые пробы: ПНП пробу выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга пошатывание.

## **Необходимыми в данной ситуации методами диагностики являются**

- диагностированный туннельный синдром
- желание пациента
- наличие признаков прямой компрессии нерва фиброзными структурами
- слабо выраженный болевой синдром

## Результаты обследования

### К глиальным опухолям относятся:

- шванномы
- невриномы
- астроцитомы
- менингиомы

### Предположительный диагноз в данном случае

- шванномы
- невриномы
- астроцитомы
- менингиомы

## Диагноз

### Наиболее характерно развитие эпендимальных опухолей у

- детей
- мужчин
- женщин
- пожилых

### Источниками роста эпендимом являются

- миелоциты
- нейроциты
- нейробласты
- эпендимоциты

### Оценка данной больной по шкале Карновского

- 80
- 40
- 20
- 60

### Особенностью эпендимом является их способность

- прорастать костные структуры
- самопроизвольно рассасываться
- выделять гормоны
- распространяться по ликворным путям

### Ведущий клинический синдром у данной больной

- псевдобульбарный
- мозжечковый
- гипертензионно-гидроцефальный
- бульбарный

**Наиболее рациональным видом лечения эпендимом головного мозга является**

- только химиотерапевтический
- комбинированный
- только хирургический
- только лучевой

**Наиболее оптимальным объемом хирургической операции в данном случае является**

- удаление опухоли с окружающим ее мозговым веществом, вне зависимости от распространения на функциональные центры
- стереотаксическая биопсия опухоли
- частичное удаление опухоли, не затрагивая мозговое вещество
- удаление опухоли с максимальной ее резекцией

**При наличии нарастающего неврологического дефицита и признаках отека мозга необходимо**

- назначение глюкокортикостероидных препаратов
- назначение иммуномодулирующих препаратов
- назначение цитостатических препаратов
- установка вентрикулоперитонеального шунта

**В предоперационном периоде является обязательным применение**

- химиотерапии
- иммунотерапии
- витаминотерапии
- антибиотикопрофилактики