

Оценочные средства для контроля успеваемости и результатов освоения
дисциплины

Раздел учебной дисциплины	Контролируемая компетенция	Виды контроля и аттестации	Форма оценочного средства
Топическая диагностика	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Частная неврология	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы,
Клиническая эпилептология	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы, клинические (ситуационные) задачи, тестовые задания
Лучевая и функциональная диагностика в неврологии	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Клиническая психофармакология	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы, клинические (ситуационные) задачи, тестовые задания
Современные методы лабораторной диагностики	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Тестовые задания
Все разделы	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Итоговая аттестация по дисциплине в форме дифференцированного зачета.	Контрольные вопросы, клинические (ситуационные) задачи, тестовые задания

Методические материалы и критерии оценки для проведения контроля

Проведение текущего контроля знаний, умений и владений по дисциплине «Неврология» осуществляется путем учета посещения занятий, заполнения дневника ординатора, устного опроса ординатора на занятиях.

Промежуточная аттестация ординаторов после освоения каждого раздела дисциплины осуществляется посредством устного собеседования по контрольным вопросам и результатов тестов, а также клинических (ситуационных) задач). Каждый ординатор получает 2 вопроса, готовится в течение 10 минут, после чего дает устный ответ. В случае тестирования, каждый ординатор получает тест, состоящий из 20 вопросов, отвечает в течение 30 минут, после чего сдает тест на проверку. Критерием зачета по результатам тестирования является 70 и более процентов правильных ответов. В случае получения клинической (ситуационной) задачи, каждый ординатор получает билет с задачей, в течение 30 минут готовится, после чего дает устный ответ на вопросы задачи. Ответ оценивается по системе зачтено/не зачтено.

Итоговый контроль знаний, умений, владений по окончании дисциплины проводится в форме дифференцированного зачета, выполнения курсовой работы. Дифференцированный зачет проводится в устной форме по билетам. При проведении устного дифференцированного зачета экзаменационный билет выбирает сам аттестуемый ординатор. Билет содержит клиническую (ситуационную) задачу. Во время проведения дифференцированного зачета ординатору разрешается оформлять ответы на вопросы билета в письменном виде либо полностью, либо тезисно. Время подготовки для ответа на вопросы, содержащиеся в билете 30 минут. Оценка по результатам объявляется аттестуемому ординатору после окончания ответа по билету.

Подготовка и защита курсовой работы является формой оценки выполнения обучающимся в ординатуре самостоятельных работ, заданий на практических и семинарских занятиях, проверки полноты усвоения им теоретических знаний и практических навыков в объеме учебной программы. Курсовая работа подготавливается и оформляется согласно требованиям к оформлению курсовых работ.

Критерии оценки результатов итоговой аттестации

Оценка	Критерий оценки
Отлично	Оценка «отлично» выставляется обучающемуся лицу, которое демонстрирует полное соответствие знаний, умений, навыков приведенным в таблицах показателям, оперирует приобретенными знаниями, умениями, применяет их в ситуациях повышенной сложности. Оценка «отлично» выставляется обучающемуся лицу, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
Хорошо	Оценка «хорошо» выставляется, если

	<p>обучающееся лицо твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Обучающееся лицо демонстрирует частичное соответствие знаний, умений, навыков, основные знания, умения освоены, но допускаются незначительные ошибки, неточности, затруднения при аналитических операциях, переносе знаний и умений на новые, нестандартные ситуации</p>
<p>Удовлетворительно</p>	<p>Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающееся лицо имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.</p> <p>Обучающееся лицо демонстрирует неполное соответствие знаний, умений, навыков, в ходе контрольных мероприятий обучающееся лицо допускаются значительные ошибки, проявляется отсутствие знаний, умений, навыков по ряду показателей, обучающееся лицо испытывает значительные затруднения при оперировании знаниями и умениями при их переносе на новые ситуации.</p>
<p>Неудовлетворительно</p>	<p>Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающееся лицо не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, демонстрирует явную недостаточность знаний, умений, навыков в соответствии с приведенными показателями.</p>

Формы оценочных средств

- 1. Перечень контрольных вопросов (n=337) (Приложение 1).**
- 2. Перечень тестовых вопросов (n=100) (Приложение 2).**
- 3. Перечень клинических (ситуационных) задач (n=40) (Приложение 3).**

Перечень контрольных вопросов

1. Семиотика поражения нервной системы
2. Нарушения сознания. Угнетение сознания (оглушение, сопор, кома). Спутанность, делирий. Помрачение сознания
3. Менингеальный синдром. Менингеальные симптомы
4. Двигательные нарушения. Синдромы поражения периферических и центральных мотонейронов (периферический и центральный паралич). Нарушения координации, равновесия и ходьбы
5. Нарушения чувствительности
6. Боль (классификация, патогенез). Острая и хроническая боль. Невропатическая боль (клинические особенности, механизмы развития). Отраженная боль. Миофасциальные боли. Психогенные боли
7. Глазодвигательные нарушения
8. Вестибулопатия
9. Бульбарный паралич. Псевдобульбарный паралич
10. Нарушение тазовых функций. Нарушение функции мочевого пузыря. Нарушение функции кишечника. Нарушение сексуальной функции
11. Нарушение высших мозговых функций. Амнезии. Афазии. Апраксии. Агнозии
12. Нарушения регуляторных когнитивных функций
13. Деменция (классификация, критерии диагностики)
14. Умеренное когнитивное расстройство(классификация, критерии диагностики)
15. Эмоционально-личностные нарушения при органических поражениях головного мозга
16. Топическая диагностика поражений нервной системы
17. Поражения периферической нервной системы
18. Периферические невропатии (моновневропатии, множественные моновневропатии, полиневропатии)
19. Плексопатии
20. Радикулопатии, синдром конского хвоста
21. Нейронопатии (ганглиопатии)
22. Полное поперечное поражение спинного мозга
23. Половинное поражение спинного мозга (синдром Броун-Секара)
24. Передний спинальный синдром
25. Центральный спинальный синдром
26. Задний спинальный синдром
27. Синдром конуса и эпиконуса
28. Синдромы поражения ствола мозга
29. Синдромы поражения продолговатого мозга
30. Синдромы поражения моста
31. Синдромы поражения среднего мозга
32. Синдромы поражения мозжечка
33. Поражение полушарий
34. Поражение червя
35. Синдромы поражения гипоталамуса и гипоталамо-гипофизарной системы
36. Нейроэндокринно-обменные синдромы
37. Мотивационно-поведенческие и когнитивные нарушения
38. Нарушения терморегуляции
39. Нарушения сна и бодрствования

40. Особенности клинической картины при остром и хроническом поражении различных отделов гипоталамуса (передних, задних)
41. Синдромы поражения таламуса
42. Синдромы поражения эпителиума и эпифиза
43. Синдромы поражения базальных ганглиев
44. Гипокинетико-гипертонические синдромы
45. Гиперкинетико-гипотонические синдромы
46. Синдромы поражения внутренней капсулы
47. Синдромы поражения переднего бедра
48. Синдромы поражения колена
49. Синдромы поражения заднего бедра
50. Синдромы поражения коры полушарий
51. Синдромы поражения лобной доли
52. Синдромы поражения височной доли
53. Синдромы поражения теменной доли
54. Синдромы поражения затылочной доли
55. Синдромы поражения недоминантного полушария
56. Синдромы разобщения различных отделов коры
57. Клинические методы исследования
58. Нейропсихологические методы исследования
59. Лабораторные и инструментальные методы исследования
60. Биохимические исследования крови в неврологической клинике
61. Исследование цереброспинальной жидкости (люмбальная пункция, измерение ликворного давления, ликвородинамические пробы). Показания и противопоказания к люмбальной пункции. Оценка данных исследования ликвора (уровень белка, клеточный состав, биохимические, серологические исследования)
62. Методы исследования иммунного статуса
63. Оценка офтальмологического исследования
64. Острота слуха, аудиография
65. Нистагмография
66. Оценка рентгенологических методов исследования
67. Электрофизиологические методы исследования
68. Радиоизотопные методы исследования
69. Однофотонно-эмиссионная компьютерная томография
70. Позитронно-эмиссионная томография
71. Ультразвуковые методы исследования
72. Эхоэнцефалография, эхокардиография
73. Допплеросонография (экстра- и транскраниальная, дуплексная, триплексная)
74. Тепловидение
75. Магнитно-резонансная томография
76. Вертеброневрологические методы исследования
77. Ангуло-, ротато-, курвометрия
78. Тензоальгометрия
79. Саногенез и вопросы реабилитации неврологических больных
80. Механизмы восстановления и компенсации нарушенных функций
81. Этапы и виды медицинской и социальной реадaptации и реабилитации неврологических больных
82. Значение различных методов лечения неврологических больных. Фармакотерапевтические методы. Физиотерапевтические методы. Рефлекторно-терапевтические методы. Лечебная физкультура и механотерапия. Лечебный массаж. Ортопедические методы и мануальная терапия. Психотерапевтические и логопедические методы. Санаторно-курортное лечение

83. Специализированные методы (рентгенотерапия и другие виды лучевой терапии, кислородно- и кислородобаротерапия, гемотрансфузии, плазмаферез и др.)
84. Физические и другие методы лечения заболеваний нервной системы
85. Показания к корригирующим операциям при контрактурах, туннельных синдромах и т.д.
86. Виды психотерапии (суггестивная, рациональная, аутотренинг, когнитивно-поведенческая и т.д.). Принцип и методы логопедического лечения
87. Классификация курортов, основные лечебные факторы, принципы курортного лечения
88. Лечебные пункции, в том числе блокада паравертебральных точек, триггерных точек, нейрохирургические методы лечения
89. Специализированные методы лечения
90. Рефлекторные методы лечения
91. Вертеброгенные поражения нервной системы (ВПНС). Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Типы течения
92. Поражения нервных корешков, узлов, сплетений
93. Менингоорадикулопатии, радикулоневропатии (шейные, грудные, пояснично-крестцовые)
94. Ганглиопатия
95. Травмы сплетений. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация. Санаторно-курортное лечение
96. Множественное поражение спинномозговых корешков, черепных и периферических нервов. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация. Санаторно-курортное лечение
97. Токсические полиневропатии (при хронических интоксикациях, токсикоинфекциях, медикаментозные, blastomatoznye)
98. Аллергические полиневропатии (вакцинальные, сывороточные, медикаментозные и др.)
99. Дисметаболические полиневропатии: при дефиците витаминов, при эндокринных заболеваниях, при болезнях печени и почек и др.
100. Полиневропатии при аутоиммунных заболеваниях
101. Идиопатические и наследственные полиневропатии
102. Наследственные полиневропатии
103. Наследственные моторно-сенсорные невропатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация. Санаторно-курортное лечение
104. Наследственные сенсорно-вегетативные невропатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация. Санаторно-курортное лечение
105. Поражение отдельных периферических нервов. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация. Санаторно-курортное лечение
106. Синдром запястного канала
107. Синдром канала Гийена (поражение локтевого нерва в области кисти)
108. Синдром кубитального канала (поражение локтевого нерва в локтевой области)
109. Синдромы поражения лучевого и срединного нервов в локтевой области
110. Поражение надлопаточного и подмышечного нервов
111. Синдром тарзального канала
112. Синдром малоберцового нерва
113. Синдром бокового кожного нерва

114. Воспалительные мононевриты. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация. Санаторно-курортное лечение
115. Поражение черепных нервов. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация. Санаторно-курортное лечение
116. Лицевые боли (прозопалгии). Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация. Санаторно-курортное лечение
117. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация. Санаторно-курортное лечение
118. Врожденная миотония (болезни Томсена, Эйленбурга)
119. Дистрофические миотонии (1-ый, 2-ой тип)
120. Периодический паралич (пароксизмальная миоплегия)
121. Миастенический синдром Ламберта-Итона
122. Классификация инфекционных заболеваний центральной нервной системы. Лечение и профилактика
123. Поражение центральной нервной системы при сепсисе
124. Поражение центральной нервной системы при бактериальном эндокардите
125. Медико-социальная экспертиза при инфекционных заболеваниях центральной нервной системы
126. Острые нарушения мозгового кровообращения. Ишемический инсульт.
127. Патогенетические механизмы ишемического инсульта
128. Феномен внутримозгового обкрадывания
129. Феномен обратного внутримозгового обкрадывания
130. Феномен обкрадывания позвоночных артерий при закупорке подключичных артерий
131. Избыточное и недостаточное коллатеральное кровообращение
132. Феномен невозобновления перфузии мозга после церебральной ишемии
133. Феномен возобновления мозгового кровообращения на дофункциональном уровне (зона «полутени» - пенумбра)
134. Метаболические изменения в очаге ишемии и в зоне «полутени» по соседству
135. Клиника тромбоза мозговых артерий
136. Клиника эмболий мозговых артерий
137. Клиника нетромботической гемодинамической ишемии
138. Клиника лакунарного инфаркта
139. Топическая диагностика ишемических поражений мозга
140. Диагноз ишемического инсульта.
141. Инструментальные методы исследования в диагностике ишемического инсульта (УЗДГ, транскраниальная доплерография, дуплексное и триплексное сканирование, КТ, МРТ, МР-ангиография, КТ-перфузия, церебральная ангиография)
142. Лечение ишемического инсульта. Базисная терапия. Дифференцированная терапия. Применение антитромботических средств. Показания и противопоказания к тромболитической терапии. Первичная и вторичная профилактика ишемического инсульта. Трудовая и социальная реабилитация при последствиях ишемического инсульта. МСЭ при последствиях ишемического инсульта
143. Кровоизлияние в мозг, этиология и факторы риска (геморрагический инсульт). Патогенез кровоизлияния в мозг. Клиника кровоизлияния

144. Инструментальные методы исследования в диагностике геморрагического инсульта (КТ, МРТ)
145. Лечение кровоизлияний в мозг. Базисная терапия. Дифференцированная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика геморрагического инсульта. Трудовая и социальная реабилитация при последствиях кровоизлияний в мозг. МСЭ при кровоизлиянии в мозг
146. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки). Классификация, этиология и патогенез.
147. Распознавание механизмов преходящих нарушений мозгового кровообращения
148. Артерио-артериальная атеротромботическая микроэмболия
149. Синдромы бассейна внутренней сонной артерии
150. Синдромы вертебро-базиллярного бассейна
151. Субклавио-каротидные и анонимо-каротидные синдромы
152. Профилактика и лечение транзиторных ишемических атак
153. Прогноз при преходящих нарушениях мозгового кровообращения. МСЭ при преходящих нарушениях мозгового кровообращения
154. Синдром острой задней лейкоэнцефалопатии
155. Острая гипертоническая энцефалопатия
156. Дисциркуляторная энцефалопатия. Определение, этиология, патогенез. Клиническая картина ДЭП. Стадии ДЭП. Критерии диагностики ДЭП. Дифференциальный диагноз. Формулирование диагноза ДЭП. Профилактика ДЭП. Лечение ДЭП. МСЭ при ДЭП
157. Аневризмы артерий мозга (интракраниальные аневризмы). Классификация. Этиология. Морфология. Локализация. Клиника разрыва
158. Клиника неразорвавшейся аневризмы субклиноидной кисты внутренней сонной артерии
159. Клиника неразорвавшейся аневризмы задней соединительной артерии
160. Клиника неразорвавшейся аневризмы основной артерии
161. Интракраниальные артериовенозные аневризмы
162. Локализация артериовенозных аневризм
163. Клиника разрыва артериовенозных аневризм
164. Клиника неразорвавшейся артериовенозной аневризмы
165. Синдром каротидно-кавернозного соустья
166. Инструментальные методы исследования (ангиография, МРТ-ангиография), дифференциальный диагноз
167. Хирургическое лечение субарахноидального кровоизлияния при разрыве интракраниальных артериальных и артериовенозных аневризм
168. Фармакотерапия субарахноидального кровоизлияния при разрыв интракраниальных аневризм
169. Нарушение венозного кровообращения головного мозга. Этиология и патогенез
170. Тромбоз вен и тромбофлебиты твердой мозговой оболочки
171. Тромбоз поверхностных вен мозга
172. Тромбоз глубоких вен мозга
173. Синдром окклюзии верхней поллой вены
174. Дифференциально-диагностические признаки нарушений артериального и венозного кровообращения
175. Лечение нарушений интракраниального венозного кровообращения. Профилактика нарушений интракраниального венозного кровообращения
176. Нарушения кровообращения спинного мозга. Классификация, этиология, патогенез

177. Синдром верхнего сосудистого бассейна
178. Синдром нижнего сосудистого бассейна
179. Нарушение кровообращения в спинном мозге при поражении аорты и радикуломедуллярной артерии
180. Кровоизлияния в спинном мозге
181. Преходящие нарушения спинального кровообращения
182. Артериовенозные мальформации спинного мозга.
183. Дифференциальный диагноз при острых расстройствах спинального кровообращения
184. Лечение и профилактика нарушений спинального кровообращения
185. Реабилитация при последствиях расстройств спинального кровообращения
186. Классификация вегетативных расстройств
187. Центральные вегетативные расстройства
188. Периферические вегетативные расстройства
189. Центральные вегетативные расстройства
190. Синдром вегетативной дистонии (психовегетативный синдром)
191. Вегетативная дистония конституционального генеза
192. Психофизиологическая вегетативная дистония (острая реакция на стресс)
193. Вегетативная дистония при неврозах, посттравматическом стрессовом расстройстве и других психических заболеваниях
194. Вегетативная дистония при эндокринных заболеваниях и в период гормональных перестроек (пубертат, климакс)
195. Вегетативная дистония при соматических заболеваниях. Клиническая картина
196. Нарушение терморегуляции и потоотделения. Клиническая картина
197. Вегетативные кризы. Клиническая картина. Терминология и классификация
198. Этиология и патогенез, понятие о паническом расстройстве. Клинические проявления. Диагностика. Лечение
199. Нейрогенные обмороки
200. Рефлекторные обмороки
201. Вазодепрессорные (нейрокардиогенные) обмороки
202. Синдром периферической вегетативной недостаточности. Клинические проявления. Диагностика. Лечение
203. Ангиотрофалгические синдромы. Клинические проявления. Диагностика. Лечение
204. Комплексный региональный болевой синдром 1-го типа (рефлекторная симпатическая дистрофия, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
205. Комплексный региональный болевой синдром 2-го типа (каузалгия). Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение
206. Синдром Рейно, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
207. Эритромелалгия, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
208. Синдромы поражения отдельных вегетативных структур
209. Синдром Горнера (центральный, преганглионарный, постганглионарный), диагностическое значение
210. Синдром Эйди, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
211. Невралгия носоресничного и крылонебного узлов, этиология, клиника, дифференциальный диагноз, лечение
212. Синдромы поражения боковых рогов спинного мозга на разных уровнях
213. Вегетативные нарушения при поражении шейного и пояснично-крестцового сплетений
214. Нейрогенные нарушения тазовых функций при различных уровнях поражения нервной системы

215. Нарушения мочеиспускания, классификация, этиология и патогенез.
Лечение
216. Нарушения дефекации, классификация, этиология и патогенез. Лечение
217. Сексуальная дисфункция, классификация, этиология и патогенез. Лечение
218. Вегетативные нарушения при инфекционных заболеваниях (ботулизм, герпесе, ВИЧ-инфекции), классификация, этиология и патогенез. Лечение
219. Липидозы (ганглиозидозы, сфингомиелинозы, нейрональные цероидные липофусцинозы, глюкоцереброзидозы)
220. Лейкодистрофии (метахроматическая, глобоидноклеточная, суданофильная)
221. Фенилкетонурия
222. Нарушения обмена тирозина (алкаптонурия, гипертирозинемия, тирозинемия)
223. Нарушения обмена аминокислот с разветвлённой цепью (болезнь «кленового сиропа», органические ацидемии)
224. Нарушения обмена жирных кислот (адренолейкодистрофия)
225. Нарушения транспорта жирных кислот (болезнь Хартнупа, болезнь Лоу)
226. Нарушения обмена серосодержащих аминокислот (гомоцистинурия, метионинемия)
227. Нарушение обмена цикла мочевины (аргининемия, цитруллинемия)
228. Гликогенозы
229. Муколипидозы
230. Мукополисахаридозы
231. Нарушения обмена пуринов (синдром Леша – Найхана)
232. Нарушения обмена меди (болезнь Менкеса, гепатолентикулярная дегенерация)
233. Нарушения обмена железа (гемохроматоз)
234. Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы с преимущественным поражением экстрапирамидной системы
235. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, эпидемиология. Клиника, диагностика. Лечение
236. Аутосомно-рецессивный ювенильный паркинсонизм
237. Прогрессирующий надъядерный паралич
238. Мультисистемная атрофия
239. Лобно-височная деменция с паркинсонизмом
240. Заболевания, протекающие с синдромом мышечной дистонии
241. Заболевания, протекающие с синдромом хорей
242. Болезнь Гентингтона
243. Доброкачественная наследственная хорей
244. Сенильная хорей
245. Синдром Туретта
246. Заболевания, протекающие с миоклоническим синдромом
247. Эссенциальная миоклония
248. Прогрессирующая миоклоническая атаксия
249. Прогрессирующая миоклоническая эпилепсия
250. Наследственные нейрометаболические заболевания, проявляющиеся различными экстрапирамидными синдромами
251. Гепатолентикулярная дегенерация
252. Нейродегенеративное заболевание с накоплением железа I типа
253. Семейный кальциноз базальных ганглиев (болезнь Фара)
254. Наследственные и дегенеративные заболевания с преимущественным поражением мозжечковой и пирамидной систем
255. Классификация наследственных мозжечковых атаксий

256. Атаксия Фридрейха
257. Атаксия, связанная с недостаточностью витамина E
258. X-сцепленная рецессивная спиноцеребеллярная атаксия
259. Атаксия-телангиоэктазия
260. Аутосомно-доминантные мозжечковые (спиноцеребеллярные) атаксии
261. Эпизодические мозжечковые атаксии
262. Идиопатическая мозжечковая дегенерация
263. Врожденные (непрогрессирующие) мозжечковые атаксии
264. Наследственная спастическая параплегия
265. Боковой амиотрофический склероз
266. Прогрессирующий бульбарный паралич
267. Спинальная амиотрофия Верднига – Гофмана
268. Ювенильная спинальная амиотрофия (Кугельберга – Веландер)
269. Бульбоспинальная амиотрофия (Кеннеди)
270. Болезнь Альцгеймера
271. Деменция с тельцами Леви
272. Наследственные нейроэктодермальные дисплазии (факоматозы)
273. Нейрофиброматоз
274. Туберозный склероз
275. Болезнь Стерджа – Вебера (энцефалотригеминальный ангиоматоз)
276. Болезнь Гиппеля – Линдау (системный цереброретиновисцеральный ангиоматоз)
277. Болезнь Клиппеля-Тренона-Вебера (врожденный ангиоматоз спинного мозга и кожи)
278. Синдром Дауна
279. Синдром Клайнфельтера
280. Синдром Шерешевского – Тернера
281. Синдром трисомии X
282. Синдром Клайнфельтера
283. Синдром ломкой X-хромосомы
284. Эпилепсия. Эпидемиология. Современная классификация. Этиологическая классификация. Патогенез эпилепсии. Патоморфологическая картина эпилепсии. Клинические формы припадков. Диагностика эпилепсии. Дифференциальный диагноз. Лечение
285. Эписиндром в неонатальном периоде и младенческом возрасте
286. Доброкачественные идиопатические неонатальные судороги
287. Ранняя (неонатальная) миоклоническая энцефалопатия
288. Ранняя эпилептическая энцефалопатия с ЭЭГ-феноменом «супрессия-разряды»
289. Эпилептический синдром раннего детского возраста
290. Фибрилльные судороги
291. Детский (инфантильный) спазм (синдром Веста)
292. Доброкачественная миоклоническая эпилепсия раннего детского возраста
293. Тяжелая миоклоническая эпилепсия
294. Миоклоническая эпилепсия (миоклонический статус) в сочетании с непрогрессирующей энцефалопатией
295. Синдром Леннокса-Гасто
296. Миоклонико-астатическая эпилепсия (синдром Дус)
297. Эпилептические синдромы детского и подросткового возраста
298. Детская абсансная эпилепсия (пикнолепсия)
299. Ювенильная абсансная эпилепсия
300. Эпилепсия миоклоническая эпилепсия

301. Ювенильная миоклоническая эпилепсия (форма Януса)
302. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими припадками пробуждения
303. Доброкачественная эпилепсия с центрo-темпоральными спайками (роландическая эпилепсия)
304. Доброкачественная затылочная эпилепсия
305. Доброкачественная парциальная эпилепсия с аффективной симптоматикой
306. Приобретенная афазия детского возраста (синдром Ландау-Клеффнера)
307. Эпилепсия у женщин
308. Эпилепсия у пожилых
309. Рефлекторная эпилепсия
310. Эпилепсия вздрагивания
311. Музыкагенная эпилепсия
312. Фотогенная эпилепсия
313. Кожевниковская эпилепсия
314. Черепно-мозговая травма. Эпидемиология, причины, патогенез и патоморфология. Классификация черепно-мозговой травмы. Критерии тяжести черепно-мозговой травмы. Клинические формы. Диагностика. Лечение
315. Гипертермический синдром. Причины возникновения
316. Синдром злокачественной гипертермии. Патогенез, клиника, интенсивная терапия
317. Социально-психологическая и бытовая реабилитация больных при заболеваниях нервной системы
318. Принципы оценки и измерения результатов реабилитации
319. Шкалы для оценки степени выраженности периферического пареза
320. Шкалы для оценки степени тяжести спастического пареза
321. Оценка спастичности больных при заболеваниях нервной системы
322. Оценка чувствительных нарушений больных при заболеваниях нервной системы
323. Оценка функции поддержания вертикальной позы больных при заболеваниях нервной системы
324. Оценка нарушений ходьбы больных при заболеваниях нервной системы
325. Оценка мобильности больных при заболеваниях нервной системы
326. Методы оценки боли больных при заболеваниях нервной системы
327. Оценка проявлений паркинсонизма
328. Реабилитация больных с заболеваниями и травмами нервной системы
329. Реабилитация больных с легкой, среднетяжелой и тяжелой травмой головного мозга в остром периоде.
330. Реабилитация больных с позвоночно-спинномозговой травмой
331. Реабилитация больных при спастических парезах
332. Реабилитация больных при мозжечковых нарушениях
333. Реабилитация больных при болевом синдроме
334. Нейропсихологические нарушения при РС
335. Тазовые нарушения при РС
336. Реабилитация больных с отдельными неврологическими синдромами
337. Эмоционально-волевые нарушения при заболеваниях нервной системы

Перечень тестовых вопросов

1. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы:
 - а) верхней прямой
 - б) наружной прямой
 - в) нижней прямой
 - г) нижней косой

2. Мидриаз возникает при поражении:
 - а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 - г) среднего непарного ядра
 - д) ядра медиального продольного пучка

3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:
 - а) T6 или T7
 - б) T8 или T9
 - в) T9 или T10
 - г) T10 или T11

4. При центральном пирамидном параличе не наблюдается:
 - а) гипотрофии мышц
 - б) повышения сухожильных рефлексов
 - в) нарушения функции тазовых органов
 - г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц

5. Хореический гиперкинез возникает при поражении:
 - а) палеостриатума
 - б) неостриатума
 - в) медиального бледного шара
 - г) латерального бледного шара

6. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии:
 - а) латерально
 - б) медиально
 - в) вентрально
 - г) дорсально

7. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии:
 - а) латерально
 - б) медиально
 - в) вентрально
 - г) дорсально

8. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля):
- а) в продолговатом мозге
 - б) в мосту мозга
 - в) в ножках мозга
 - г) в зрительном бугре
9. Медиатором тормозного действия является:
- а) ацетилхолин
 - б) ГАМК
 - в) норадреналин
 - г) адреналин
10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются:
- а) в латеральном ядре бледного шара
 - б) в полосатом теле
 - в) в медиальном ядре бледного шара
 - г) в субталамическом ядре
11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:
- а) мозжечковая
 - б) сенситивная
 - в) вестибулярная
 - г) корковая
12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через:
- а) красное ядро
 - б) люисово тело
 - в) черное вещество
 - г) полосатое тело
13. Биназальная гемианопсия наступает при поражении:
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительной лучистости
 - г) зрительных трактов
14. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление:
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) наружного коленчатого тела
 - г) зрительной лучистости
15. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
- а) биназальная
 - б) гомонимная
 - в) битемпоральная
 - г) нижнеквадрантная

16. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении:
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) зрительной лучистости
 - г) внутренней капсулы
17. Через верхние ножки мозжечка проходит путь:
- а) задний спинно-мозжечковый
 - б) передний спинно-мозжечковый
 - в) лобно-мосто-мозжечковый
 - г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый
18. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:
- а) обонятельного бугорка
 - б) обонятельной луковицы
 - в) височной доли
 - г) теменной доли
19. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении:
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительных трактов перекреста зрительных нервов
 - г) зрительной лучистости с двух сторон
20. Истинное недержание мочи возникает при поражении:
- а) парацентральных долек передней центральной извилины
 - б) шейного отдела спинного мозга
 - в) поясничного утолщения спинного мозга
 - г) конского хвоста спинного мозга
21. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется:
- а) в верхних отделах моста мозга
 - б) в нижних отделах моста мозга
 - в) в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
 - г) в ножках мозга
22. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании:
- а) с нарушением всех видов чувствительности – на противоположной
 - б) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
 - в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности – на противоположной
 - г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
23. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:
- а) динамическая
 - б) вестибулярная
 - в) статическая
 - г) сенситивная

24. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется:
- а) в левом мосто-мозжечковом углу
 - б) в правом полушарии мозжечка
 - в) в мосту мозга слева
 - г) в области верхушки пирамиды левой височной кости
25. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают:
- а) астроциты
 - б) олигодендроциты
 - в) микроглиоциты
 - г) эпендимоциты
26. сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла:
- а) вестибулярного
 - б) крылонебного
 - в) коленчатого
 - г) гассерова
27. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается:
- а) на третьем месяце внутриутробного развития
 - б) в конце первого года жизни
 - в) в начале второго года жизни
 - г) на последнем месяце внутриутробного развития
28. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов:
- а) С1-С4
 - б) С2-С5
 - в) С3-С6
 - г) С4-С7
 - д) С5-С8
29. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
- а) С5-С8
 - б) С5-С8, Т1-Т2
 - в) С6-С8
 - г) С8-Т2
30. Нервные импульсы генерируются:
- а) клеточным ядром
 - б) наружной мембраной
 - в) аксоном
 - г) нейрофиламентами
31. В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят:
- а) черное вещество
 - б) гиппокамп
 - в) миндалина

- г) мамиллярные тела
 - д) ретикулярная формация
32. На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра:
- а) нежное и клиновидное
 - б) спинно-мозгового пути тройничного нерва
 - в) подъязычных нервов
 - г) лицевого, отводящего нервов
33. В состав среднего мозга не входят:
- а) красные ядра
 - б) ядра блокового нерва
 - в) ядра глазодвигательного нерва
 - г) ядра отводящего нерва
34. Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения:
- а) бледного шара
 - б) хвостатого ядра
 - в) красного ядра
 - г) таламуса
35. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:
- а) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
 - б) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
 - в) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
 - г) спастическим парепарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
36. Истинный астереогноз обусловлен поражением:
- а) лобной доли
 - б) височной доли
 - в) теменной доли
 - г) затылочной доли
37. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении:
- а) наружных отделов зрительного перекреста
 - б) язычной извилины
 - в) глубинных отделов теменной доли
 - г) первичных зрительных центров в таламусе
38. Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде:
- а) неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
 - б) инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
 - в) телец Меркеля
 - г) телец Фатера- Пачини
39. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга:
- а) С3-С4
 - б) С5-С6
 - в) С7-С8
 - г) С8-Т1

д) T1-T2

40. Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка:
- а) на свет
 - б) на болевое раздражение
 - в) на конвергенцию
 - г) на аккомодацию
41. Больной со зрительной агнозией:
- а) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
 - б) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
 - в) не видит предметы по периферии полей зрения
 - г) видит предметы, но не узнает их
42. Больной с моторной афазией:
- а) понимает обращенную речь, но не может говорить
 - б) не понимает обращенную речь и не может говорить
 - в) может говорить, но не понимает обращенную речь
 - г) может говорить, но речь скандированная
43. Больной с сенсорной афазией:
- а) не может говорить и не понимает обращенную речь
 - б) понимает обращенную речь, но не может говорить
 - в) может говорить, но забывает названия предметов
 - г) не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
 - д) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную
44. Амнестическая афазия наблюдается при поражении :
- а) лобной доли
 - б) теменной доли
 - в) стыка лобной и теменной доли
 - г) стыка височной и теменной доли
45. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении:
- а) ножек мозга
 - б) моста мозга
 - в) продолговатого мозга
 - г) покрышки среднего мозга
46. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении:
- а) продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
 - б) продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
 - в) колена внутренней капсулы слева
 - г) заднего бедра внутренней капсулы слева
47. При альтернирующем синдроме Мийяра – Гублера очаг находится:
- а) в основании ножки мозга
 - б) в заднебоковом отделе продолговатого мозга

- в) в области красного ядра
 - г) в основании нижней части моста мозга
48. При сочетании двустороннего синдрома Горнера с расстройством болевой и температурной чувствительности на руках с наибольшей вероятностью можно предположить наличие у больного:
- а) спинальной формы рассеянного склероза
 - б) цервикальной сирингомиелии
 - в) экстрamedулярной опухоли на шейно-грудном уровне
 - г) интрамедулярной опухоли на шейно-грудном уровне
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
49. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие:
- а) нижнего вялого парапареза
 - б) диссоциированной параанестезии
 - в) нарушения функции тазовых органов по центральному типу
 - г) сенситивной атаксии нижних конечностей
50. Ветвью шейного сплетения является:
- а) малый затылочный нерв
 - б) подкрыльцовый нерв
 - в) лучевой нерв
 - г) срединный нерв
51. Ветвью плечевого сплетения является:
- а) диафрагмальный нерв
 - б) подкрыльцовый нерв
 - в) надключичный нерв
 - г) большой ушной нерв
52. В состав поясничного сплетения входит:
- а) бедренный нерв
 - б) бедренно-половой нерв
 - в) седалищный нерв
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
53. Малый затылочный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов:
- а) С3-С4
 - б) С1-С3
 - в) С2-С4
 - г) С1-С4
54. Бедренный нерв образуют корешки:
- а) L3
 - б) L2-L4
 - в) L1-L2
 - г) L1-L4
55. Крестцовое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов:

- a) S1-S3
 - б) S1-S5
 - в) L4-S4
 - г) L3-S5
56. Седалищный нерв составляют волокна корешков:
- a) S1-S2
 - б) L5-S3
 - в) S2-S3
 - г) L5-S5
57. Малоберцовый нерв составляют волокна корешков:
- a) L1-L2
 - б) L2-L3
 - в) L1-S2
 - г) L4-S1
58. Надключичный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов:
- a) C3-C4
 - б) C2-C4
 - в) C4-C6
 - г) C2-C6
59. Большой ушной нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов:
- a) C1-C2
 - б) C1-C4
 - в) C3
 - г) C5
60. Диафрагмальный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов:
- a) C1-C2
 - б) C2-C3
 - в) C3-C5
 - г) C1-C5
61. При поражении диафрагмального нерва отмечается:
- a) затруднение дыхания
 - б) затруднение глотания
 - в) икота
 - г) рвота
 - д) верно а) и в)
 - е) верно а) и б)
62. Подкрыльцовый нерв иннервирует:
- a) двуглавую мышцу плеча
 - б) разгибатели предплечья
 - в) дельтовидную мышцу
 - г) все перечисленное
63. При поражении кожно-мышечного нерва отмечается:
- a) снижение карпорадиального рефлекса
 - б) ослабление сгибания предплечья

- в) снижение сгибательно-локтевого рефлекса
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
64. Поясничное сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
- а) Th12-L4
 - б) L1-L5
 - в) Th11-L5
 - г) L1-L4
65. В большеберцовый нерв входят волокна корешков:
- а) L1-L2
 - б) L3-L4
 - в) L4-S3
 - г) L1-S3
66. Компрессионное поражение запирающего нерва сопровождается:
- а) болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
 - б) болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
 - в) болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра
 - г) болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра
67. При параличе Дюшенна – Эрба страдает функция мышц:
- а) дельтовидной и трехглавой
 - б) двуглавой и внутренней плеча
 - в) сгибателей кисти
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
68. Каузалгический болевой синдром наиболее часто встречается при повреждении нерва:
- а) срединного
 - б) локтевого
 - в) большеберцового
 - г) малоберцового
 - д) правильно а) и б)
 - е) правильно а) и в)
69. Для паралича Дежерин – Клюмпке характерно нарушение чувствительности:
- а) на наружной поверхности плеча
 - б) на внутренней поверхности плеча
 - в) на наружной поверхности предплечья
 - г) на внутренней поверхности предплечья
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
70. Для поражения лучевого нерва в верхней трети плеча не характерна слабость:
- а) разгибателей предплечья
 - б) разгибателей кисти
 - в) мышцы, отводящей 1-й палец
 - г) дельтовидной мышцы

71. Для поражения лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерно наличие:
- а) паралича разгибателей предплечья
 - б) выпадения рефлекса с трехглавой мышцы
 - в) паралича разгибателей кисти
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
72. Для поражения локтевого нерва на уровне запястья не является характерным:
- а) слабость разгибания и приведения пятого пальца
 - б) нарушение приведения первого пальца
 - в) наличие гипестезии на тыльной поверхности пятого пальца
 - г) наличие парестезии по внутренней поверхности кисти
73. При поражении срединного нерва не возникает:
- а) нарушение сгибания 1-го, 2-го и отчасти 3-го пальцев кисти
 - б) нарушение пронации кисти
 - в) слабость разгибателей средних фаланг 2-го и 3-го пальцев кисти
 - г) снижение мышечно-суставного чувства в концевых фалангах 2-го и 3-го пальцев кисти
 - д) атрофии межкостных мышц кисти
74. Для поражения бедренного нерва выше пупартовой связки характерно наличие:
- а) гипестезии на передней поверхности бедра
 - б) паралича сгибателей бедра
 - в) паралича разгибателей голени
 - г) всего перечисленного
 - д) верно а) и б)
75. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:
- а) кортикоспинальных
 - б) кортиконуклеарных
 - в) лобно-мосто-мозжечковых
 - г) руброспинальных
76. Для тегментального синдрома не является характерным наличие:
- а) атаксии на стороне очага
 - б) тремора, миоклонии на стороне очага
 - в) гемигипестезии на противоположной стороне
 - г) нарушения старт-рефлекса
 - д) птоза, миоза, энофтальма на противоположной очагу стороне
77. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении:
- а) теменной доли
 - б) височной доли
 - в) лобной доли
 - г) затылочной доли
78. Слуховая агнозия наступает при поражении:
- а) теменной доли
 - б) лобной доли
 - в) затылочной доли

г) височной доли

79. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга с уровня:
- а) верхних отделов продолговатого мозга
 - б) нижних отделов продолговатого мозга
 - в) красных ядер
 - г) моста мозга
80. Для нижнего синдрома красного ядра (синдром Клода) не является характерным наличие:
- а) паралича глазодвигательного нерва на стороне очага
 - б) гемипареза, гемигипестезии на противоположной стороне
 - в) гемиатаксии на противоположной очагу стороне
 - г) гипотонии мышц конечностей на противоположной очагу стороне
 - д) интенционного тремора на противоположной очагу стороне
81. Для альтернирующего синдрома Раймона – Сестана характерно наличие:
- а) пареза зрения
 - б) паралича глазодвигательного нерва
 - в) паралича отводящего нерва
 - г) спазма мимических мышц
82. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов:
- а) лицевого и отводящего
 - б) лицевого и глазодвигательного
 - в) языкоглоточного и блуждающего
 - г) подъязычного и добавочного
83. Для синдрома яремного отверстия не характерно поражение нерва:
- а) языкоглоточного
 - б) блуждающего
 - в) добавочного
 - г) подъязычного
84. Для поражения дорсолатерального отдела продолговатого мозга (альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко) не является характерным наличие:
- а) паралича мягкого неба, голосовой связки на стороне очага
 - б) атаксии на стороне очага
 - в) сегментарных расстройств чувствительности на лице на стороне очага
 - г) нарушения болевой и температурной чувствительности на противоположной очагу стороне
 - д) гемипареза на противоположной очагу стороне
85. Полушарный парез зрения (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением доли:
- а) лобной
 - б) височной
 - в) теменной
 - г) затылочной

86. Асимметрия лицевой мускулатуры по типу центрального пареза лицевого нерва на фоне эмоциональных реакций больного (симптом Венсана) наблюдается при нарушении связей между таламусом и:
- а) верхними отделами теменной доли
 - б) нижними отделами теменной доли
 - в) височной долей
 - г) лобной долей
87. Апраксия возникает при поражении:
- а) лобной доли доминантного полушария
 - б) лобной доли недоминантного полушария
 - в) теменной доли доминантного полушария
 - г) теменной доли недоминантного полушария
88. Расстройство схемы тела отмечается при поражении:
- а) височной доли доминантного полушария
 - б) височной доли недоминантного полушария
 - в) теменной доли доминантного полушария
 - г) теменной доли недоминантного полушария
89. Сенсорная афазия возникает при поражении:
- а) верхней височной извилины
 - б) средней височной извилины
 - в) верхнетеменной дольки
 - г) нижней теменной дольки
90. К лимбическому отделу больших полушарий мозга не относится:
- а) гиппокамп
 - б) прозрачная перегородка
 - в) поясная извилина
 - г) круговая борозда островка
 - д) гипоталамус
91. Моторная апраксия в левой руке развивается:
- а) при поражении колена мозолистого тела
 - б) при поражении ствола мозолистого тела
 - в) при поражении утолщения мозолистого тела
 - г) при всем перечисленном
92. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:
- а) С5-Т10
 - б) Т1-Т12
 - в) С8-L3
 - г) Т6-L4
93. Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:
- а) L4-L5-S1
 - б) L5-S1-S2
 - в) S1-S3

- г) S2-S4
 - д) S3-S5
94. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов:
- а) С6-С7
 - б) С7-С8
 - в) С8-Т1
 - г) Т1-Т2
 - д) Т2-Т3
95. Особенности нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении:
- а) четверохолмия
 - б) продолговатого мозга
 - в) гипоталамуса
 - г) спинного мозга
96. Интегральная деятельность обоих полушарий головного мозга обеспечивается:
- а) проекционными волокнами
 - б) ассоциативными волокнами
 - в) комиссуральными волокнами
 - г) ассоциативными полями корковых отделов анализаторов
97. Ассоциативные волокна связывают:
- а) симметричные части обоих полушарий
 - б) несимметричные части обоих полушарий
 - в) кору со зрительным бугром и нижележащими отделами (центробежные и центростремительные пути)
 - г) различные участки коры одного и того же полушария
98. Астереогноз возникает при поражении:
- а) язычной извилины теменной доли
 - б) верхней височной извилины
 - в) нижней лобной извилины
 - г) верхней теменной дольки
99. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага:
- а) в верхних отделах передней центральной извилины слева
 - б) в нижних отделах передней центральной извилины слева
 - в) в заднем бедре внутренней капсулы
 - г) в колене внутренней капсулы
 - д) в среднем отделе передней центральной извилины справа
100. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага:
- а) в переднем адверсивном поле справа
 - б) в верхнем отделе задней центральной извилины справа
 - в) в нижнем отделе передней центральной извилины справа
 - г) в верхнем отделе передней центральной извилины справа
 - д) в нижнем отделе задней центральной извилины справа

Перечень клинических (ситуационных) задач

Задача № 1

Пациентка, 48 лет, предъявляет жалобы на шаткость, неустойчивость при ходьбе, особенно выраженные при выходе на улицу, при ходьбе по неровной поверхности. Впервые некоторую неустойчивость и ощущение шаткости отметила около 2 лет назад, связала с перенесенным стрессом (отсутствие вестей от мужа). Постепенно указанные симптомы нарастали, появился страх выходить на улицу одной.

При объективном осмотре: со стороны черепно-мозговых нервов — без особенностей; сухожильные рефлексы оживлены; парезов нет; мышечный тонус снижен; нарушений чувствительности не выявлено. При проверке координаторных проб: легкая атаксия и интенционный тремор в руках, выраженная атаксия и интенционный тремор в ногах. В позе Ромберга — покачивание без латерализации. Походка атактическая, с расширенной базой опоры. Шаги неравномерны по длине, скоростные показатели ходьбы нормальные. Грубо нарушена тандемная ходьба. При осмотре определяется высокий свод стопы.

Анализ крови: повышение уровня аминотрансфераз в крови (АЛТ — 87 ед/л, АСТ — 74 ед/л), в остальном без особенностей.

МРТ головного мозга: признаки атрофии мозжечка, умеренной заместительной гидроцефалии.

Электронейромиография (ЭНМГ) нижних конечностей: норма.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 2

Пациент, 42 года, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, затруднение речи (слова будто смазанные), поперхивание при еде, нарушение координации, слабость, неустойчивость при ходьбе, падения назад. Считает, что заболел около 3 лет назад, когда впервые стал отмечать неустойчивость при ходьбе, появились падения. Примерно с этого же времени родственники пациента, а затем и он сам стали замечать изменение осанки (появилась сутулость), мимики, появление гипокинезии. Была диагностирована болезнь Паркинсона, назначены леводопа + бенсеразид (Мадопар 250) — без особого эффекта. Состояние с течением времени прогрессивно ухудшалось, стали появляться нарушения речи (смазанная речь). Проводились курсы антиоксидантной и витаминотерапии — без видимого эффекта.

Данные объективного осмотра: в ясном сознании, ориентирован верно; фон настроения снижен; глазные щели равные, ограничено движение глазных яблок вверх, вниз, влево; лицо симметричное, гипомимичное; глоточный рефлекс снижен. Рефлексы орального автоматизма положительные. Мышечный тонус повышен по экстрапирамидному типу в правой руке. Рефлексы живые, справа выше. Патологических нет. Легкая дистоническая установка правой кисти. Силовых парезов нет. Чувствительность снижена по полиневритическому типу в конечностях больше справа. В позе Ромберга неустойчив. Пяточно-коленную пробу, пальценосовую пробу выполняет с дисметрией, больше справа. Симптом обратного толчка слабopоложительный с двух сторон. Ходьба с падениями, с широко расставленными ногами.

МРТ головного мозга (данные 2015 г.): атрофия ножек мозга. Определяются включения железа в области базальных ганглиев, среднего мозга, ножек мозга, мозжечка.

ЭНМГ: легкие признаки супрасегментарных нарушений контроля мышечной активности верхних конечностей с обеих сторон; признаки легкого поражения сенсорных нарушений периферических нервов верхних конечностей по полинейропатическому типу аксонального характера. ЭНМГ-признаков поражения лицевых нервов, первой ветви тройничных нервов, ядер ствола головного мозга (по данным мигательного рефлекса), моторных волокон периферических нервов верхних конечностей, первично-мышечного поражения не выявлено. Произвольная активность мышц лица достаточной амплитуды, симметричная. Непроизвольная активность мышц лица (тоническая, фазическая) не зарегистрирована. Потенциалы фасцикуляций не зарегистрированы.

Анализ крови и мочи без особенностей.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 3

Мужчина, 52 года, поступил в клинику с жалобами на нарушения ходьбы, выраженную скованность и слабость в ногах. Первые признаки заболевания в виде повышенной утомляемости и легких затруднений ходьбы после физической нагрузки отмечает примерно с 35 лет. Постепенно нарастали двигательные нарушения в нижних конечностях, появилось ощущение скованности в них. Семейный анамнез выяснить не удалось, так как пациент воспитывался в детском доме.

При объективном осмотре: черепно-мозговые нервы — без особенностей; глубокие рефлексy — высокие, с расширением рефлексогенных зон, на ногах выявляются клонусы коленных чашечек и стоп; мышечная сила в руках — норма, в ногах — снижена до 3,5 балла. Выявляются положительные патологические стопные рефлексy (Бабинского, Оппенгейма). Мышечный тонус в руках не изменен, в ногах — значительно повышен по спастическому типу. Нарушений чувствительности не выявлено. Координаторные пробы в руках выполняет точно, в ногах отмечаются некоторые затруднения из-за спастичности. В позе Ромберга устойчив. Походка спастическая, отмечаются раскачивание туловища, перекрещивание ног при ходьбе.

Анализy крови и мочи: норма.

МРТ головного мозга — без патологии, МРТ шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника: протрузии дисков L4–L5, L5–S1 без признаков компрессии спинного мозга. ЭНМГ: без патологии.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 4

Пациентка, 28 лет, жалуется на неустойчивость, пошатывание при ходьбе, двоение в глазах, повышенную утомляемость, сложности с концентрацией внимания.

Из анамнеза: периодически отмечала нарушения ходьбы, выраженную общую слабость, обращалась к врачам, наблюдалась неврологом с диагнозом вегето-сосудистой дистонии. На фоне общеукрепляющей терапии состояние немного улучшалось, однако полностью симптоматика не исчезала. Несколько месяцев назад стала отмечать двоение в глазах.

Объективно: черепно-мозговые нервы — отмечается монокулярный нистагм, легкая дисфагия, скандированная речь. Сухожильные рефлексy — D=S, высокие. Брюшные рефлексy отсутствуют. Парезов нет. Нерезко выраженный положительный рефлекс Бабинского с двух сторон, клonusy стоп. Чувствительных расстройств не выявлено. Координаторные пробы выполняет с атаксией. Положительные пробы на дисметрию, адиадохокинез. В позе Ромберга неустойчива. Походка атактическая, с расширенной базой опоры.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови — без патологии.

МРТ головного мозга: на T2 — множественные гиперинтенсивные очаги, от 3 до 5 мм, расположенные перивентрикулярно, в мозолистом теле, стволе, мозжечке. При проведении МРТ с введением контрастного вещества отмечается накопление контраста очагом у переднего рога правого бокового желудочка, двумя очагами в мозолистом теле, одним — в мозжечке. МРТ спинного мозга — без патологии. Глазное дно: отмечается побледнение височных половин дисков зрительных нервов.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 5

Мужчина, 42 года, жалуется на слабость в ногах, нарушение ходьбы (особенно затруднены подъемы по лестнице, посадка в транспорт), атрофию мышц нижних конечностей.

Анамнез: первые признаки заболевания отметил в возрасте около 30 лет — стала появляться слабость в ногах, главным образом в стопах. В последующем слабость нарастала, появились атрофии мышц стоп и голеней, сложности с подъемом по лестнице. В последние два года стал отмечать появление слабости в кистях.

Объективно: черепно-мозговые нервы без особенностей. Отмечаются гипотрофии мышц рук, ног, более выраженные в дистальных отделах. Сила в кистях и стопах снижена до 1–2 баллов. Встает из положения лежа и сидя со вспомогательными приемами. Походка по типу «степпаж», невозможна ходьба на пятках и носках. Изменение стопы по типу «фридрайховской». Отсутствуют сухожильные и подошвенные рефлексы. Чувствительность — не изменена.

Общий анализ крови, общий анализ мочи — норма. Биохимический анализ: креатинфосфокиназа — 901 МЕ. МРТ головного и спинного мозга — без патологии. ЭНМГ: первично-мышечный характер изменений.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 6

Пациент К, 28 лет обратился в поликлинику по м/ж с жалобами на слабость в обеих руках и левой ноге, общую замедленность движений, периодически – болезненные судороги в ноге, подворачивание, подволакивание ноги при ходьбе. Вышеописанные симптомы отмечает около 3х лет. Наследственность не отягощена. В неврологическом статусе отмечается олигобрадикинезия, больше выраженная слева, повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу в руках, мелкоразмашистый статокинетический тремор рук, при ходьбе отмечается отсутствие синкинезий слева, дистоническая установка левой стопы.

МРТ в-ва головного мозга с признаками умеренной степени атрофии конвекситальных отделов коры больших полушарий, среднего мозга, мозжечка.

МРТ шейного, поясничного отделов: начальные проявления остеохондроза.

ЭНМГ данные без особенностей. При психологическом обследовании аффективных, интеллектуальных нарушений не выявлено

Биохимический анализ крови, клинический анализ крови – без особенностей.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 7

Пациентка В, 21г., длительное время беспокоят неустойчивость при ходьбе, спотыкания, иногда - падения, одышка при физической нагрузке (не может без остановок подняться на 2 й этаж, пройти расстояние более 500 м), в последнее время родственники стали отмечать изменения в речи, в связи с чем обратилась за медицинской помощью.

При объективном осмотре отмечается ожирение, стрии на коже живота, бледность кожных покровов, систолический шум в проекции аортального клапана.

При неврологическом осмотре отмечается дизартрия, скандированная речь, мышечная гипотония в конечностях, снижение рефлексов на руках, отсутствие рефлексов в ногах, снижение глубокой чувствительности, слабость и невыраженная атрофия мышц ног, деформация стоп (полая стопа), координаторные нарушения преимущественно в ногах.

Клинический, биохимический анализ крови – без особенностей (в т.ч. КФК крови)

МРТ в-ва ГМ - объемных образований, патологических ишемических очагов не выявлено.

ЭНМГ нижних конечностей: снижение амплитуды ПД чувствительных волокон.

ЭКГ - ПБЛНПГ, ишемические изменения в области нижней стенки левого желудочка, межжелудочковой перегородки.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 8

Пациент К, 37 лет. Со слов супруги последние 4 года отмечаются нарушения поведения в виде вспышек агрессии, раздражительности, эпизодов депрессии, тревоги. По этому поводу был уволен с работы, стал злоупотреблять алкоголем (около 1 литра крепких спиртных напитков ежедневно). Из анамнеза известно, что отец пациента скончался в возрасте 51 года в психиатрической больнице.

При неврологическом осмотре отмечается снижение тонуса в конечностях, единичные хореоформные гиперкинезы в области лица, в правой руке при ходьбе. Затруднено выполнение пальце-носовой пробы справа из-за гиперкинеза. При психологическом исследовании выявлены аффективные нарушения, умеренное когнитивное снижение.

В клиническом анализе крови отклонений нет. В биохимическом анализе крови наблюдается повышение печеночных трансаминаз: АЛТ – 128, АСТ – 76, в остальном – без отклонений. УЗИ печени – гепатомегалия, селезенка – без особенностей.

Биохимический анализ крови, исследование уровня меди: концентрация общей меди 13,6 мкмоль/л (12,6-24,4), концентрация свободной меди 5,2 мкмоль/л (1,1-3,5), церулоплазмин – 244 мг/л (180-450), медь мочи суточная 0,6 мкмоль/л (0,3-1,3).

МРТ вещества головного мозга – признаки диффузной атрофии мозжечка, больших полушарий.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 9

Пациент В, 28 лет обратился к врачу с жалобами на дрожание в руках, нарушение ходьбы, эпизодические боли в суставах, раздражительность, вспыльчивость.

Болеет около 1 года, до этого времени к врачам не обращался. Наследственность не отягощена.

При неврологическом осмотре выявляется статокINETический тремор рук, легкая дистоническая установка правой кисти.

В клиническом анализе крови – лейкопения (3,5) , тромбоцитопения (142)

В биохимическом анализе крови - без особенностей.

Биохимический анализ крови на гормоны щитовидной железы: наблюдается незначительное повышение Т4св, нормальный уровень ТТГ крови.

Обмен меди: повышение концентрации свободной меди , снижение общего уровня меди, снижение церулоплазмينا незначительное, повышение концентрации меди в суточной моче.

МРТ вещества головного мозга: гипоинтенсивный сигнал от базальных ядер на T2, вероятно, накопление железа.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 10

Пациентка В, 11 лет. Со слов мамы, около 1 года назад отметила, что ребенок плохо передвигается, часто падает, пассивен, снизилась успеваемость в школе. Обращалась по этому поводу в поликлинику, был назначен курс массажа, однако, состояние не улучшается.

При объективном осмотре соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе снижение мышечной силы в конечностях, больше в нижних, псевдогипертрофия мышц голени, сухожильные рефлексы с верхних конечностей снижены, с нижних не вызываются. При вставании с пола пациентка использует прием Говерса – «взбирание руками по себе»

Клинический анализ крови – без особенностей. В биохимическом анализе крови повышение КФК до 3800 ЕД/л. ЭКГ – без патологии.

МРТ ГМ, спинного мозга - без особенностей.

При ЭНМГ исследовании выявляется первично–мышечный характер изменений.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 11

Мужчина 26 лет обратился с жалобами на нарастающую слабость в правой ноге и неустойчивость походки. Из анамнеза известно, что в возрасте 22 лет у него в течение недели было снижено зрение на левый глаз. К врачам по этому поводу не обращался, зрение в течение недели восстановилось. Два года назад стал отмечать императивные позывы на мочеиспускание и снижение потенции.

В неврологическом статусе: Горизонтальный нистагм с двух сторон, усиливающийся при отведении глазных яблок в стороны, легкое недоведение правого глазного яблока кнутри. Диплопии нет. Снижение силы в правой ноге до 4 баллов, симптом Бабинского справа, пошатывание в позе Ромберга, снижена вибрационная чувствительность на ногах.

На МРТ головного мозга множественные очаги повышенной плотности, преимущественно в белом веществе полушарий мозга и перивентрикулярно, у задних рогов боковых желудочков, в мозжечке.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 12

Мужчина 26 лет на протяжении четырех месяцев отмечает повышенную физическую утомляемость, парестезии в пальцах ног, распространяющиеся затем проксимально, слабость в правой ноге при длительной ходьбе, шаткость походки.

В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, оживление сухожильных рефлексов в руках и ногах, отсутствие брюшных рефлексов, симптом Бабинского справа, пошатывание в позе Ромберга, правосторонняя гемигипестезия.

По данным МРТ головного мозга в лобных, теменных долях с двух сторон, в валике мозолистого тела визуализируются немногочисленные округлые очаги, четко очерченные, гиперинтенсивные в T2 и гипоинтенсивные в T1 режимах, максимально размером до 10 мм.

При оптической когерентной томографии выявлены начальные признаки частичной атрофии зрительных нервов обоих глаз.

При регистрации зрительных вызванных потенциалов указание на поражение зрительного нерва одного глаза.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 13

Женщина 25 лет. Беспокоит неловкость в руках, неуверенность походки, которая усиливается в темноте. Эти нарушения отмечаются в течение трех недель и постепенно нарастают. Два с половиной года назад на протяжении месяца испытывала нарушения мочеиспускания в виде затруднения при удержании мочи.

В неврологическом статусе: В руках и ногах снижение суставно-мышечного чувства и вибрационной чувствительности. Сухожильные рефлексы с мышц ног высокие D=S. Симптом Бабинского с двух сторон. Мимопадание при выполнении пальценосовой и коленопяточной пробы. Неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами.

На МРТ головного мозга: определяются множественные очаги демиелинизации в белом веществе обоих полушарий.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 14

Девушка 19 лет. Жалобы на боль за правым глазным яблоком, затем через неделю снизилась острота зрения на правый глаз и движения глазным яблоком стали болезненными. Осмотрена офтальмологом. Выявлена центральная скотома в правом глазу.

В неврологическом статусе: Парезов и других неврологических нарушений не выявлено. На МРТ головного мозга выявлены единичные очаги демиелинизации в белом веществе обоих полушарий.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 15

Женщина 20 лет, обратилась к неврологу с жалобами на давящие головные боли в лобно-теменной области, общую утомляемость. Заболела около месяца назад, без видимой причины.

В неврологическом статусе: черепные нервы без особенностей, сухожильные рефлексы D=S, средней живости, выпадение брюшных рефлексов, патологических стопных знаков нет, координаторные пробы выполняет удовлетворительно, устойчива в позе Ромберга, астенизирована, эмоционально лабильна, тазовых нарушений нет.

На МРТ головного мозга выявлены множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий мозга и в мозжечке, гиперинтенсивные в T2 и гипоинтенсивные в T1 режимах, диаметром от 2 до 6 мм.

По данным офтальмоскопии нормальная картина глазного дна.

При выполнении зрительных вызванных потенциалов признаков поражения зрительных нервов не выявлено.

При оптической когерентной томографии не выявлено изменения дисков зрительных нервов глазного дна.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 16

Больной Н., 42 года поступил в отделение с жалобами на нарушение глотания твердой пищи, затекание жидкостей в нос, появление носового оттенка голоса. Данная симптоматика более выражена во второй половине дня и значительно уменьшается после сна.

Из анамнеза известно, что полгода назад перенес острый гайморит, после лечения ЛОР-ом было рекомендовано плановое проведение оперативного лечения в связи с искривлением носовой перегородки. После осмотра ЛОР-ом в оперативном лечении было отказано из-за выявленного нарушения подвижности мягкого неба, был направлен на обследование к неврологу. Спустя месяц появились нарушения произношения слов, родственники заметили «назолизацию» голоса. Спустя три месяца появилось покашливание при глотании твердой, а затем и жидкой пищи.

Обследовался у невролога, в неврологическом статусе: Обоняние сохранено с обеих сторон. Зрачки правильной формы D=S, фотореакции живые. Незначительно ослаблена конвергенция глазных яблок. Поля зрения при ориентировочной проверке без ограничений. Нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена. Атрофия и фибриллярные подергивания в mm. masseter с 2-х сторон. При оскаливании отстают правый угол рта. Язык атрофичен (видны «отпечатки» зубов), отклонен вправо, повышен тонус корня языка. Видны постоянные фибриллярные подергивания мышц языка. Мягкое небо практически неподвижно. Выявляются дизартрия, дисфония, дисфагия. Оживлен оромандибулярный рефлекс с 2-х сторон. Хоботковый рефлекс (+). При осмотре выявляются атрофии мышц шеи, над- и подостных мышц, фибриллярные подергивания на mm. sternocleidomastoideus, deltoideus, biceps brachii, pectoralis с 2-х сторон. Миастенических и миотонических реакций нет. Сила мышц достаточная. Мышечный тонус физиологический. Глубокие рефлексы оживлены, с расширенными рефлексогенными зонами, S>D. Вызывается рефлекс Россолимо с обеих рук. Координаторных нарушений нет. Функции тазовых органов не нарушены. Походка не изменена.

МРТ головного мозга – легко расширение субарахноидального пространства по конвекситальной поверхности полушарий.

МРТ шейного отдела позвоночника – остеохондроз шейного отдела позвоночника 2-3 период. МР-признаки нестабильности C3, C4, C5, C6 кзади. Латеральная левосторонняя грыжа межпозвонкового диска C5-C6.

Стимуляционная ЭНМГ языка и оромандибулярной мускулатуры – нарушение нервно-мышечной передачи в системе лицевого нерва – мышца, окружающая рот справа и тройничного нерва – двубрюшная мышца слева: положительный декремент тест, положительные постактивационные феномены, положительная проба с прозеринном. Выявлены признаки аксонопатии левого тройничного нерва.

Игольчатая ЭНМГ: выявлена выраженная спонтанная активность в виде укрупненных потенциалов двигательных единиц.

Лабораторное обследование IgG, IgM к вирусу клещевого энцефалита, моноцитарному эрлихиозу, клещевому баррелиозу, гранулоцитарному анаплазмозу – отрицательные.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.

7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 17

Больной С., 50 лет, жалобы при поступлении на отделение на эпизодические нарушения глотания, ухудшение произносительной функции речи, эпизоды насильственного смеха или плача при психоэмоциональном напряжении, слабость мышц, похудание и нарушение мелкой моторики руки.

Из анамнеза известно, что впервые моторная неловкость в руках появилась около двух лет назад, спустя полгода обратил внимание на похудание мышц плечевого пояса и рук, развитие слабости в руках. Месяц назад родственники обратили внимание на нечеткость произнесения слов, появление насильственных эмоций. За несколько дней до госпитализации остро развились нарушения глотания твердой пищи и жидкости, появилась гиперсаливация.

В неврологическом статусе: Обоняние снижено. Зрачки правильной формы D=S, фотореакции живые. Незначительно ослаблена конвергенция глазных яблок, больше справа. Поля зрения при ориентировочной проверке без ограничений. Мелкоамплитудный горизонтальный нистагм в крайних отведениях глазных яблок. Чувствительность на лице не изменена. Лицевая мускулатура напрягается симметрично. Язык без атрофичен, по средней линии. Повышен тонус корня языка. Мягкое небо напрягается слабо. Глоточный рефлекс снижен. Выявляется дизартрия, дисфагия, дисфония. Оромандибулярный рефлекс оживлен с обеих сторон. Положительный хоботковый рефлекс. Активные и пассивные движения в полном объеме. Выявляется гипотрофия мелких мышц кистей. Мышечный тонус близок к физиологическому с некоторой склонностью к гипотонии. Снижение мышечной силы в дистальных отделах обеих рук до 4 баллов. Миастенических и миотонических реакций нет. Фибриллярные подергивания в mm. biceps brachii с двух сторон. Глубокие рефлекс на руках оживлены, на ногах средней живости, D=S. Вызывается рефлекс Россолимо с обеих рук. Чувствительных и координаторных нарушений нет. Функции тазовых органов не сохранены. Походка не изменена.

При обследовании:

Терапевт – Гипертоническая болезнь II степени. Артериальная гипертензия 2;

Офтальмолог – гипертоническая ангиопатия ретинальных сосудов;

Дуплексное сканирование БЦА – признаки атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий без гемодинамически значимого стенозирования;

МРТ головного мозга – единичные сосудистые очаги в белом веществе лобных долей, смешанная заместительная гидроцефалия легкой степени;

МРТ шейного отдела позвоночника - остеохондроз шейного отдела позвоночника 3 период, осложненный грыжеобразованием C4-C5;

ЭНМГ - признаки умеренного поражения мотонейрона на уровне передних рогов спинного мозга на уровне шейного, поясничного утолщения, ствола головного мозга. Регистрируются потенциалы фасцикуляций в верхних конечностях. Лабораторное обследование данных за инфекционные агенты не выявило.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 18

Пациент К, 43 года, предъявляет жалобы на эпизодически возникающее двоение предметов по горизонтали, нарастающий к концу дня двухсторонний птоз, также отмечает мышечную слабость в конечностях. Из анамнеза известно, что вышеописанные жалобы возникли около месяца назад, проявляются и нарастают во второй половине дня, при длительном чтении и после физической нагрузки.

В неврологическом статусе: опущение верхних век, более выраженное справа, движение правого глазного яблока ограничено вверх и кнаружи, движение левого глазного яблока ограничено вверх, двоение предметов при взгляде вправо и влево. Поля зрения при ориентировочной проверке без ограничений. Нистагма нет. Чувствительность на лице сохранена. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Язык по средней линии. Мягкое небо напрягается достаточно, симметрично. Голос звучный, дизартрии нет, эпизодическое поперхивание при еде. Глоточный рефлекс низкий. Рефлексы орального автоматизма отрицательные. Мандибулярный рефлекс средней живости, симметричный с обеих сторон. Активные и пассивные движения в полном объеме. Атрофии нет. Мышечный тонус физиологический. Сила мышц достаточная во всех группах, однако при выполнении повторных сгибательных движений, мышечная сила в дистальных отделах рук снижается до 4 баллов. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексы средней живости, D>S, рефлекс Россолимо с правой руки. Патологических рефлексов нет. Чувствительность и координация не нарушены. Функции тазовых органов: никтурия. Походка без особенностей.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 19

Больной И., 44 года. Поступил с жалобами на нарушения памяти на прошлые события (выпадения из памяти всех аспектов, событий своей жизни за последние более 20 лет, начиная с окончания школы по настоящее время), трудности запоминания лиц окружающих людей и узнавания людей, с которыми заново общается или которых давно не видел, трудности усвоения и запоминания новой информации, нарушение обоняния, вкусовых ощущений, отсутствие желаний, полового влечения.

Из анамнеза болезни: 5 лет назад проходил стационарное лечение в инфекционной больнице с диагнозом: «Герпетический менингоэнцефалит, тяжелая форма. Отек мозга».

На МРТ головного мозга: «МР-картина кистозно-глиозных атрофических изменений в медиобазальных отделах обеих височных долей, глиозных изменений в области лобных долей и островка слева».

На ЭЭГ: «Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о снижении функционального уровня нейронов коры с нарушением таламо-кортикальных связей и дисфункцией срединных структур мозга. Без очаговой и пароксизмальной активности».

Неоднократно обращался за медицинской помощью, проходил лечение. Наблюдался в ПНД по месту жительства с диагнозом: «Органическое заболевание головного мозга, амнестический синдром». Получал экселон 9,5 мг длительно, акатинол мемантин 10 мг (6 месяцев), курсами: нейромидин, глиатилин, кортексин, церебролизин – без выраженной положительной динамики.

При поступлении: Состояние удовлетворительное. Соматически компенсирован. В неврологическом статусе: ЧМН: глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глотание, фонация, артикуляция не нарушены. Мышечный тонус физиологический. Мышечная сила достаточная. Глубокие рефлексy живые, D=S. С-м Бабинского (-) с 2-х сторон. Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушены. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Менингеальные с-мы (-). Психический статус: Сознание не помрачено. Ориентирован всесторонне правильно. В контакт вступает легко, многоречив. Речь правильная, фразовая. На вопросы отвечает обстоятельно. Сон достаточный по качеству и продолжительности. Утомляемость не выражена. Фон настроения ровный. Без продуктивной симптоматики. Деперсонализационный синдром.

При нейропсихологическом обследовании нарушений ВПФ очагового характера не обнаружено. Нарушения памяти не носят модально-специфический характер. Трудности опознания реальных лиц или изображений лиц не носят избирательного характера, т.е. не являются зрительно-гностическими. В ходе патопсихологического обследования было выявлено наличие тяжелого внутрисемейного конфликта, нарушение межличностного взаимодействия между членами семьи больного и родителями больного (между женой и родителями), которые наблюдались задолго до болезни, а во время болезни резко обострились.

По данным экспериментально-психологического исследования уровень и структура интеллекта сохранены и соответствует уровню хорошей возрастной нормы (WAIS IQ 115/110=114). Грубых атентивно-мнестических нарушений не обнаружено. В настоящее время наиболее выраженными являются нарушения в эмоционально-личностной и поведенческой сферах с трудностями межличностного взаимодействия, затруднений в сексуальной сфере. По отношению к обследованию по данным MMPI отмечается тенденция к утрированной подаче жалоб, жизненных трудностей. Вероятно, имеет место конверсионный компонент, предъявляемые нарушения памяти носят функциональный характер.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 20

Больной К., 69 лет. При поступлении жалобы на плохую память, «мутность» в голове, проблемы с ориентировкой. Со слов жены, не может контролировать свое поведение, часто бывает агрессивен, в речи преобладает ненормативная лексика. Не сдержан в поведении, на замечания легко дает раздражительные реакции. Окружающее часто воспринимает как враждебное. Самообслуживание резко ограничено, самостоятельно только одевается и принимает пищу. Требует постоянного ухода и помощи. Часто неопрытен мочой и калом. Дома ничем не занят, постоянно смотрит телевизор (бесцельно переключает с канала на канал). Длительно наблюдается терапевтом поликлиники, неврологом по поводу церебрального атеросклероза, гипертонической болезни 3 ст. с кризовым течением, Риск ССО 3-4, повторных транзиторно-ишемических атак. На МРТ головного мозга: «МР-картина множественных лакунарных очагов в белом веществе полушарий. Смешанная заместительная гидроцефалия выраженной степени». Состояние удовлетворительное. Соматически компенсирован. Контакт малопродуктивен. Во время беседы и обследовании пассивен, безынициативен, не критичен к своему состоянию и поведению. Речь лексически обеднена. На вопросы отвечает кратко, односложно. Автобиографические данные на момент беседы рассказать практически не может, сообщает только отрывочные сведения. Неопрытен. Дезориентирован во времени полностью, в месте частично (понимает, что находится в больнице), в собственной личности ориентирован частично — смог назвать только свое имя и отчество, не помнит свою фамилию, дату рождения, возраст; не смог назвать, как зовут жену. В неврологическом статусе: ЧМН: глазные щели D=S. Зрачки D=S, фотореакции ослаблены. Ослаблена конвергенция глазных яблок. Легкая сглаженность левой носогубной складки. Язык девирует влево. Глотание, фонация, артикуляция не нарушены. Хоботковый рефлекс (+). Мышечный тонус физиологический. Мышечная сила достаточная. Глубокие рефлексы живые, S>D. Вызывается рефлекс Россолимо и Вартенберга с правой руки. Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушены. Координаторные пробы выполняет медленно, неуверенно. В позе Ромберга покачивается. Менингеальные симптомы (-).

При экспериментально-психологическом обследовании простые инструкции понимает и выполняет правильно, сложные - требуют дополнительных пояснений, повторение инструкций, демонстрации. К выполнению заданий интереса не проявляет, не расстраивается при неудачах. Постоянно нуждается в побуждении к деятельности, не способен к поддержанию волевого усилия. При исследовании процесса мышления выявляется снижение уровня обобщения, конкретизация, инертность мышления. Темп сенсо-моторных реакций выражено замедлен, неравномерен. Процессы памяти грубо снижены, больной не способен к усвоению новой информации. Объем оперативной и кратковременной памяти сужены (1ед.) Счет возможен в письменной форме, устно недоступен. Корректирующие пробы выполнить не может. При нейропсихологическом обследовании отчетливой очаговой симптоматики не обнаружено, избирательных нарушений высших психических функций не выявлено. В целом выражены признаки интеллектуально-мнестического дефекта общеорганического генеза.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.

7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 21

Больная Б., 69 лет. Госпитализирована в связи с проблемами с памятью, которые постепенно прогрессировали в последние 7 лет, усилились 2 года назад на фоне психотравмирующей ситуации (отдала крупную сумму денег телефонным аферистам): больная стала беспокойной, тревожной, постоянно испытывала трудности в подборе нужного слова, стала растерянной, не помнила, что нужно сделать, стала испытывать трудности ориентировки в окружающем. Со слов родных, появились изменения в поведении: по характеру всегда отличалась гиперактивностью, общительностью, обладала «кипучей энергией», всегда настаивала на своем, стремилась к доминированию, лидерству в отношениях с людьми, однако в последние 2 года стала молчаливой, необщительной, отстраненной.

При поступлении: Сознание не помрачено. Контакт малопродуктивен. Не может назвать текущую дату, имя врача. Понимает, что находится в больнице. В собственной личности ориентирована верно. Жалуется на плохое настроение, но описать и конкретизировать свои жалобы не может. Выглядит депримированной, голос тихий, лицо грустное. На вопросы отвечает односложно, кратко. Начинает отвечать на вопросы и теряет нить рассуждений. Сон не нарушен. Аппетит снижен, но рацион съедает. Четкие суточные колебания настроения не определяются. Нарушена память на текущие события, проявления фиксационной амнезии, амнестической дезориентировки во времени. Продуктивная психотическая симптоматика и опасные тенденции не определяются.

В неврологическом статусе выявляется микроочаговая рассеяная симптоматика. МРТ головного мозга выявило внутреннюю асимметричную (левостороннюю) и наружную гидроцефалию заместительного характера.

При патопсихологическом обследовании выявляются значительные нарушения когнитивных процессов. Инструкции в памяти удерживает плохо, постоянно требуется напоминание. Интересы к обследованию не проявляет, к неудачам равнодушна. Нарушено понимание переносного смысла пословиц и поговорок, сложных логико-грамматических конструкций, значительно снижен уровень суждений, операционные характеристики мышления. Выявляется выраженное снижение процессов памяти, сужение объема оперативной памяти и активного внимания. Выполнение личностных опросников больной недоступно. По данным проективного теста Люшера значимого отклонения от аутогенной нормы не обнаружено, фон настроения относительно ровный. Результаты нейропсихологического обследования укладываются в картину акустико-мнестической афазии с избирательным нарушением номинативной функции речи и речеслуховой оперативной памяти.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 22

Пациент 46 лет, обратился к неврологу с жалобами на «головокружение» (чувство опьянения, дурноты), которое возникло при повышении АД до 250/120 мм.рт.ст. за 3 дня до обращения к неврологу на фоне психоэмоционального стресса. При снижении АД «головокружение» уменьшилось, однако, сохраняется в незначительной степени до сих пор. При осмотре: без очаговой симптоматики, тревожен, фиксирован на своих переживаниях. МРТ головного мозга - без патологии.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 23

Пациентка М., 35 лет обратилась с жалобами на внезапно возникший кратковременный приступ головокружения при повороте головы, сопровождающийся тошнотой и рвотой. При осмотре - АД 120/70 мм.рт.ст., неврологический статус – без очаговой симптоматики. Клинический анализ крови – без патологии. МРТ головного мозга - без очаговой симптоматики.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 24

Пациент А., 20 лет обратился на консультацию к неврологу из-за периодически возникающих ощущений вращения окружающих предметов, чувства проваливания с предшествующим шумом в ушах, неприятных ощущениях в левой половине тела на фоне головокружения. Со слов сопровождающих, кратковременно терял сознание (пациент этого не помнит).

МРТ головного мозга - без патологии.

ЭГГ - повышен порог судорожной готовности. На момент осмотра - без очаговой симптоматики.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 25

Больная С., 42 лет обратилась к неврологу с жалобами на повторяющееся периодически головокружение системного характера. Периодически головокружение сопровождается головной болью по типу гемикрании. Данные жалобы беспокоят в течение около 5 лет. Провоцирует головные боли употребление красного вина. Мать пациентки длительно страдала мигренями.

При осмотре в период головокружения - неустойчивость в позе Ромберга, горизонтальный нистагм. В остальном – без очаговой симптоматики. При проведении МРТ головного мозга-патологии не выявлено.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 26

Пациент И., 34 лет обратился к терапевту с жалобами на общую слабость, шум в ушах, головокружение, снижение слуха на левое ухо. Ранее здоров, жалобы нарастал в течение года. Перенаправлен на консультацию к неврологу: при неврологическом осмотре – гипостезия левой половины лица, сходящееся косоглазие, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 27

Женщина 57 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на тошноту, выраженное головокружение, расстройство глотания, которые возникли 2 часа назад.

В течение 10 лет отмечаются повышения артериального давления до 210/100 мм рт.ст.

При обследовании: сознания - ясное, артериальное давление – 160/110 мм рт.ст., пульс – 96 ударов в минуту, ритм правильный.

Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, птоз, миоз и энофтальм справа, голос глухой, нарушено глотание, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов мышц конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице справа, на туловище и конечностях - слева, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб в правых конечностях.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 28

Мужчина 65 лет доставлен в приемное отделение в связи с головной болью, выраженное головокружением, шаткостью походки и неловкостью в конечностях, которые возникли на фоне физической нагрузки.

При осмотре: в сознании, артериальное давление – 190/110 мм рт.ст., пульс – 67 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: выраженная ригидность шейных мышц, горизонтальный и вертикальный нистагм, мышечная гипотония в конечностях. Через 2 часа состояние больного постепенно ухудшилось, появились сонливость, нарушение глотания, осиплость голоса, частота сердечных сокращений уменьшилась до 42 в минуту.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 29

Мужчина 25 лет обратился с жалобами на головокружение, слабость и неловкость в ногах и в руках, которые появились около 5 дней назад и постепенно нарастают. Пять лет назад перенёс правосторонний ретробульбарный неврит с хорошим восстановлением зрения.

На МРТ головного мозга в режиме T2 определялись множественные очаги, преимущественно вокруг желудочков.

В неврологическом статусе: снижение силы в ногах до 3-х баллов, в руках до 4 баллов, оживление сухожильных рефлексов, клonusы стоп, симптом Бабинского с обеих сторон.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 30

Пациентка А., 70 лет. Родственники сообщили, что днем на фоне подъема АД внезапно возникла слабость в правых конечностях, перестала понимать обращенную к ней речь, не могла говорить. Кроме того, была однократная рвота, сознание, со слов, не теряла.

Известно, что длительно страдает гипертонической болезнью. Другие хронические заболевания отрицает. При поступлении АД - 220/120 мм. рт. ст., ЧСС- 56 в минуту, ритмичный. Уровень сознания оглушение - неглубокий сон. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева, симптом Кернига с обеих сторон. Глубокий правосторонний гемипарез, достигающий плечей в ноге, складывается впечатление о наличии гипостезии в правых конечностях, мышечный тонус в правых конечностях незначительно повышен по спастическому типу, симптом Бабинского, симптом Оппенгеймера справа.

При выполнении люмбальной пункции получен красный мутный ликвор, равномерно окрашенный кровью в 3-х пробирках (цвет - красный, прозрачность - мутный, после центрифугирования - цвет - ксантохромный, прозрачность – опалесцирующий). При исследовании: цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок – 0,57 г/л). На КТ в лобно-височной области левого полушария выявляется область высокой плотности.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 31

Больная 64 лет доставлена скорой медицинской помощью из дома в бессознательном состоянии. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 230/120 мм рт. ст. Со слов родственников вчера вечером не отвечала на телефонные звонки, сегодня утром найдена лежащей на полу без сознания со следами рвотных масс.

В анамнезе гипертоническая болезнь свыше 15 лет с подъемами артериального давления до 240/130 мм рт. ст., принимает антигипертензивные препараты.

При осмотре: состояние очень тяжелое. Кожные покровы красного цвета, липкий пот. Дыхание шумное, частое, ритмичное. Уровень сознания - кома. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева и симптом Кернига с 2 сторон. Глазные яблоки по средней линии, периодически совершают плавательные движения. Зрачки узкие, реакция на свет снижена. При поднимании быстрее падают левые конечности, тонус в них ниже, чем в правых. Левое бедро распластано, левая стопа ротирована наружу. Во время осмотра возникают экстензорно-пронаторные движения в правых конечностях.

При поясничном проколе получен красный, мутный ликвор, равномерно окрашенный во всех 3-х пробирках (цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок – 0,66 мг %).

На КТ в правом полушарии медиальнее внутренней капсулы, а также в переднем и заднем роге бокового желудочка ипсилатеральной стороны определяется зона высокой плотности.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 32

Больная 74 лет поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. Была найдена родственниками на полу со следами рвоты.

В анамнезе гипертоническая болезнь.

При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен из-за афазии. Держится левой рукой за голову, гиперестезия на внешние раздражители. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Бехтерева. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Правосторонний гемипарез до 3,0 - 3,5 баллов. Мышечный тонус в правых конечностях снижен, глубокие рефлексy D<S, симптом Бабинского справа. После поясничного прокола получена цереброспинальная жидкость с примесью крови. При КТ головного мозга в левом полушарии головного мозга определяется участок неравномерно повышенной плотности, размерами 33×30×25 мм, передний рог и тело левого бокового желудочка поджаты, борозды лобной и височной долей сглажены, отмечается распространение крови в субарахноидальное пространство.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 33

Больной 40 лет поступил в отделение в тяжелом состоянии. Со слов родственников сегодня внезапно на фоне эмоционального стресса возникла сильная головная боль. Отмечалась однократная рвота, кратковременное психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания.

В анамнезе у больного частые приступы головной боли по поводу чего проведена МР ангиография сосудов головного мозга, на которой была выявлена аневризма основной артерии.

При осмотре состояние тяжелое. Уровень сознания - глубокий сон. Выраженный менингеальный синдром в виде ригидности мышц шеи, симптомов Бехтерева, Кернига с двух сторон. Симптомов поражения черепных нервов, парезов конечностей нет. Отмечается двусторонний симптом Бабинского. Другой очаговой неврологической симптоматики не выявляется. При поясничном проколе получен окрашенный кровью ликвор, вытекающий под повышенным давлением. После центрифугирования надосадочная жидкость ксантохромная, в осадке эритроциты покрывают все поле зрения.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 34

На приеме мужчина 25 лет, у которого в течение 5 дней отмечается нарастающая слабость в конечностях. Ранее был здоров, но перенес респираторную инфекцию около 2 нед назад. Температура тела на момент осмотра — 36,8 °С, АД — 120/70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) — 85 в минуту, частота дыхательных движений (ЧДД) — 31 в минуту. Дыхание поверхностное.

Неврологический осмотр: у пациента наблюдается симметричная слабость мышц обеих половин лица и дистальных мышц конечностей. Поверхностная чувствительность сохранена. Мышечно-суставное чувство нарушено. Глубокие сухожильные рефлексы не вызываются; отмечаются сгибательные подошвенные рефлексы.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 35

На приеме молодая женщина 25 лет. Считает себя больной в течение 2–3 нед. 3 нед. назад перенесла ОРВИ.

Обратилась в связи с появлением у нее опущения век, двоения в глазах. Ей стало сложно подниматься по лестнице из-за возникающей слабости мышц ног.

При осмотре речь дизартрична, наблюдаются птоз и снижение мышечной силы, преимущественно в проксимальных отделах конечностей. Чувствительность не нарушена.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 36

Пациент 17 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на слабость в правой руке и левой ноге, которые появились 2 дня назад.

Из анамнеза известно, что за неделю до госпитализации отмечались желудочно-кишечные расстройства и незначительный подъем температуры. Накануне развития мышечной слабости отмечались боли в мышцах конечностей.

При осмотре: со стороны черепных нервов — без патологии. Снижение силы в проксимальных отделах правой руки до 3,0–3,5 баллов. Рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц $D < S$ (D — dexter, правый; S — sinister, левый). В левой ноге сила снижена в проксимальных и дистальных отделах до 2,0–2,5 и 3,5–4,0 баллов соответственно. Коленные и ахилловы рефлексы $S < D$. Расстройств чувствительности нет. При исследовании спинномозговой жидкости на 3-й день после развития мышечной слабости определяется синдром клеточно-белковой диссоциации с лимфоцитарным плеоцитозом: цитоз — 60 лимфоцитов, белок — 3,3 мг/л, давление — 190 мм водного столба.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 37

У пациента 42 лет через 2 нед после гриппа снова появились температура 38 °С, слабость и онемение в конечностях, головная боль, головокружение системного характера.

В неврологическом статусе — тетрапарез, горизонтальный нистагм, проводниковое расстройство поверхностной и глубокой чувствительности, динамическая атаксия. На МРТ головного мозга: 5 крупных гиперинтенсивных очагов в белом веществе лобных и теменных долей.

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

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 38

На приеме мужчина 35 лет, обратился после перенесенной неделю назад ОРВИ в связи с шаткостью походки, легкой слабостью в ногах, двоением в глазах. Из анамнеза известно, что пациент страдает алкоголизмом.

При неврологическом осмотре: атаксия, сухожильная арефлексия, офтальмоплегия; умеренно выраженная слабость в конечностях; болевая чувствительность сохранена, но есть нарушения глубокой чувствительности. При электронейромиографии снижена амплитуда, Н-рефлекс не вызывается.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 39

На приеме мужчина 27 лет, у которого в течение 3 дней отмечается нарастающая слабость в конечностях. Со слов больного, ранее был здоров, но перенес респираторную инфекцию около 10 дней назад. В первые дни заболевания беспокоили боли и парестезии в ногах.

Температура тела на момент осмотра — 36,8 °С, АД — 120/70 мм рт.ст., ЧСС — 85 в минуту, ЧДД — 31 в минуту. Дыхание поверхностное.

Неврологический осмотр: у пациента наблюдается незначительная симметричная слабость дистальных мышц конечностей. Все виды чувствительности нарушены. Глубокие сухожильные рефлексы не вызываются.

По данным электронейромиографии — аксональная дегенерация.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 40

Пациент, 58 лет, обратился с жалобами на слабость, неловкость в правой руке, некоторую замедленность в движениях и затруднения при выполнении “мелких” движений правой рукой. Указанные жалобы беспокоят около года. Также сообщает, что длительно страдает гипертонической болезнью с кризовым течением. Около полутора лет назад перенес транзиторную ишемическую атаку, которая проявлялась слабостью и неловкостью правых конечностей. С того же времени сообщает, что принимает антиагреганты. Наследственность не отягощена. Жалоб на ухудшение обоняния не предъявляет, запоры отрицает.

В неврологическом статусе отмечаются олигобрадикинезия правых конечностей, больше выраженная в руке, повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу в правых конечностях, отсутствие патологических рефлексов, при ходьбе — отсутствие синкинезий справа. МРТ вещества головного мозга с признаками умеренной степени атрофии конвекситальных отделов коры больших полушарий, явления лейкоареоза, множественные лакунарные инфаркты в белом веществе полушарий.

Задание:

1. Перечислите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.