

Приложение к рабочей программе

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

НЕВРОЛОГИЯ

Специальность: **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Кафедра: **НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

**Владимир
2023**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Неврология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Неврология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Неврология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-4 ОПК-1 ОПК-10	Текущий	Системная организация движений. Основные синдромы нарушения двигательных функций. Вялый и спастический паралич. Исследование двигательной сферы	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Экстрапирамидная система. Мозжечок. Приемы исследования. Основные синдромы поражения.	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Чувствительность. Проводящие пути. Виды чувствительности. Типы чувствительных расстройств. Методика клинического исследования. Синдромы поражения.	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Черепно-мозговые нервы. Методика исследования. Симптомы поражения. Альтернирующие синдромы. Вегетативная нервная система.	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Высшие психические функции. Топическая диагностика поражения головного	Тестовые задания Ситуационные

		мозга. Инструментальные методы диагностики в неврологии.	задачи
		Топическая диагностика поражения спинного мозга и периферической нервной системы. Исследование цереброспинальной жидкости.	Тестовые задания Ситуационные задачи
УК-4 ОПК-1 ОПК-2 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-10 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-7		Ишемический инсульт: этиология, патогенетические варианты. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Тактика ведения.	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Геморрагический инсульт: этиология, классификация. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Тактика ведения.	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Инфекционные заболевания нервной системы. Менингиты. Энцефалиты. Абсцесс головного мозга.	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Рассеянный склероз. Поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Эпилепсия. Головные боли.	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Опухоли головного и спинного мозга	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Травмы головного и спинного мозга	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Полиневропатии (в т.ч.с-м Гийена-Барре)	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Наследственные нервно-мышечные заболевания (прогрессирующие мышечные дистрофии). Миастения	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Боли в спине	Тестовые задания Ситуационные задачи
	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания Ситуационные задачи Вопросы для экзамена

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовых заданий и ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7

1. Больной 67 лет жалуется на общую слабость, головные боли и слабость в левой руке.

Объективно: объем активных движений в левой руке ограничен, проба Барре верхняя положительна слева, мышечный тонус повышен в сгибателях левой руки, сухожильные рефлексы с двуглавой и трёхглавой мышц слева выше, чем справа, положителен рефлекс Россолимо слева.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

2. Больная 10 лет жалуется на приступы судорожных подёргиваний в левой руке, которые длятся в течение 2-3 минут при сохранении сознания. За последние 2-3 недели приступы участились и стали сопровождаться подёргиваниями левой половины лица.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

3. Больной 38 лет, предъявляет жалобы на постепенно нарастающую в течение нескольких месяцев слабость и похудание левой руки.

Объективно: гипотрофия мышц кисти и предплечья слева, мышечная сила в сгибателях пальцев 3 балла слева, верхняя проба Барре слева положительна, сухожильные рефлексы руки слева ниже, чем справа. Отмечаются фасцикулярные подёргивания в сгибателях левого предплечья.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

4. Больной 20 лет жалуется на слабость в ногах и периодически затруднение мочеиспускания.

Объективно: мышечный тонус в ногах повышен. Мышечная сила в сгибателях бедра равна 3 баллам. Сухожильные рефлексы с ног оживлены, выявляется клонус стоп, положителен рефлекс Бабинского с обеих сторон. Брюшные рефлексы: верхний сохранен, средний и нижний снижены.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

5. У больного 57 лет в течение года постепенно нарастает слабость в руках. За последние 2 месяца стал замечать слабость в ногах и затруднённое мочеиспускание.

Объективно: Мышечная сила в руках 3 балла, в ногах 4 балла, отмечается гипотрофия мышц верхних конечностей, фасцикулярные

подёргивания мышц плечевого пояса. Мышечный тонус в руках снижен, в ногах повышен. Сухожильные рефлексы с рук вызываются с трудом, с ног оживлены, расширены рефлексогенные зоны. Брюшные и подошвенные рефлексы не вызываются.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз

6. Больной жалуется на слабость в правой ноге, появляющуюся при длительной ходьбе.

Объективно: объем активных и пассивных движений не ограничен. Проба Барре (нижняя) слабо положительна справа. Коленный рефлекс справа ниже, чем слева. Наблюдаются фасцикулярные подергивания в мышцах правого бедра.

1. Определите синдром
2. Поставьте топический диагноз.

7. Больной жалуется на пошатывание при ходьбе влево, неловкость в левой руке и ноге, изменение речи (стал говорить медленно, растянуто, «толчкообразно»).

Объективно: атаксия в левых конечностях, снижение тонуса в них, в позе Ромберга пошатывание влево.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

8. Больной 9 лет жалуется на головную боль, пошатывание при ходьбе, неловкость в конечностях. При осмотре - крупноразмашистый нистагм, снижение тонуса в конечностях с обеих сторон, в позе Ромберга и при ходьбе падает вперед или назад, атаксия в верхних и нижних конечностях.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

9. Больная 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на вялость, затруднение при ходьбе в виде скованности, общую замедленность движений, дрожание в руках. При объективном исследовании обнаружено повышение мышечного тонуса в руках и ногах, нарастающее при повторных пассивных движениях. Лицо гипомимично, взгляд устремлен в одну точку. В дистальных отделах рук мелкое ритмичное дрожание, исчезающее при активных движениях.

1. Определите синдром поражения
2. Поставьте топический диагноз.

10. Мужчина 47 лет, в течение последних 3—4 месяцев родители стали замечать неловкость в руках, неустойчивость при ходьбе.

Объективно: выявляется горизонтальный нистагм при взгляде в обе стороны; мышечный тонус резко снижен, особенно в правых конечностях. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием справа. При ходьбе отклоняется вправо. При выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы выявляется интенционное дрожание.

1. Определите синдром поражения
2. Поставьте топический диагноз.

11. Больная 40 лет. Родственники обратили внимание на изменения поведения, стала «неусидчивой», неаккуратной, стала хуже писать.

Объективно: больная гримасничает, сидит беспокойно, руки то скрещивает на груди, то быстро закладывает их за спину, то прячет в карманы. Речь нечеткая, смазанная. Высунутый изо рта язык удержать не может.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

12. Больная 16 лет жалуется на пошатывание при ходьбе, неуверенность движений правой руки (с трудом застегивает пуговицы), изменение почерка.

Объективно: горизонтальный нистагм в обе стороны, но более крупный при взгляде вправо. Гипотония мышц правых конечностей. В позе Ромберга и при ходьбе отклоняется вправо. При пальценосовой пробе выявляется промахивание и интенционное дрожание. Атаксия при пяточно-коленной пробе. Адиадохокинез и дисметрия справа.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

13. Юноша 17 лет поступил в клинику по поводу гиперкинезов. При осмотре выявляется неритмичный, среднеамплитудный тремор, напоминающий взмахи крыльев. При проверке мышечного тонуса выявляется феномен «зубчатого колеса». Интеллект снижен. Имеется гепатомегалия, кольцо Кайзера-Флейшера.

Поставьте предварительный диагноз, назначьте дополнительное обследование, лечение.

14. Больной 42 лет в течение последних 3-х лет стал замечать, что правой рукой не может различать горячее и холоднее, в результате чего неоднократно получал ожоги руки и туловища.

Объективно: аналгезия и термоанестезия в правой руке и правой половине туловища до уровня пупка. Тактильная и глубокая чувствительность сохранена, болевых ощущений нет.

1. Определите тип нарушения чувствительности

2. Поставьте топический диагноз.

15. У больной 38 лет два года тому назад появились боли опоясывающего характера на уровне нижнего угла лопатки. В настоящее время жалуется на пошатывание при ходьбе, особенно в темноте.

Объективно: снижение мышечно-суставной чувствительности в ногах с обеих сторон.

1. Определите тип нарушения чувствительности.
2. Поставьте топический диагноз.

16. У больного 14 лет после ножевого ранения в области шеи развился паралич левых конечностей и исчезла чувствительность на правой половине туловища и правых конечностях.

Объективно: в левых конечностях - парезы; сухожильные рефлексы слева выше, чем справа; слева отсутствуют брюшные и подошвенный рефлексы. Справа с уровня ключицы отсутствует болевая и температурная чувствительность.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический, диагноз.

17. Больной, страдающий хроническим алкоголизмом, в последние 2—3 недели стал отмечать боли и онемение в руках и ногах.

Объективно: положительные симптомы натяжения Ласега и Вассермана-Мацкевича, снижение всех видов чувствительности на руках и ногах по типу «носков» и «перчаток», отсутствие ахилловых рефлексов.

1. Определите тип нарушения чувствительности.
2. Поставьте топический диагноз.

18. Больной обратился к врачу с жалобами на приступы онемения с ощущением «ползания мурашек» в правой кисти продолжительностью 1—2 минуты. В межприступном периоде состояние вполне удовлетворительное. При объективном исследовании чувствительных расстройств не определяется.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

19. Больная 26 лет обратилась к врачу в связи с резким снижением зрения.

Объективно: anosmia справа, острота зрения правого глаза - светоощущение, левого-0,9. На глазном дне - атрофия правого зрительного нерва, слева—застойный сосок.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

20. Больной 40 лет обратился к врачу в связи с тем, что последние 2—3 недели стали беспокоить ощущения неприятного запаха (не существующего в действительности).

Объективно: левосторонняя квадрантная гемианопсия.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

21. Больной 42 лет обратился к врачу с жалобами на двоение в глазах.

Объективно: опущение левого века, расширение левого зрачка, левый глаз повернут кнаружи и книзу.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

22. Больной жалуется на двоение в глазах, особенно при взгляде в стороны.

Объективно: движения правого глазного яблока полностью отсутствуют, правое верхнее веко опущено, правый зрачок шире левого, на свет, аккомодацию и конвергенцию не реагирует.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

23. Больной 62 лет обратился к врачу с жалобами на слабость в правых конечностях и двоение в глазах.

Объективно: слева отмечается опущение верхнего века, расширение зрачка, расходящееся косоглазие левого глаза. Справа гемиплегия с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, положительные рефлекссы Бабинского и Россоломо.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

24. У больной 65 лет внезапно «отнялись» правые конечности и появилось двоение в глазах. Объективно: сходящееся косоглазие левого глаза, движения левого глазного яблока кнаружи ограничены; со стороны правых конечностей типичная картина центрального гемипареза.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

25. У больного 48 лет на фоне физического перенапряжения появились резкая слабость и онемение в правых конечностях.

Объективно: глазные яблоки отведены влево, в правых конечностях активные движения резко ограничены, мышечная сила 3 балла, повышены сухожильные рефлекссы; справа расстройство всех видов чувствительности по гемитипу.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

26. У больного синингобульбомиелией отмечено диссоциированное расстройство чувствительности слева в наружных зонах Зельдера. В центральной части лица чувствительность сохранена.

Где располагается патологический процесс?

27. Больная 55 лет жалуется на приступообразные боли в области левой щеки с иррадиацией в ухо. Боли очень сильные, стреляющие (как «удар током»), провоцируются жеванием, разговором, глотанием, охлаждением.

При объективном исследовании, очаговых неврологических симптомов не обнаруживается.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

28. У юноши 16 лет после переохлаждения перекошило лицо, перестал закрываться правый глаз, обострился слух на правое ухо («не мог этим ухом слушать телефон»), стал хуже ощущать вкус пищи.

Объективно: при наморщивании лба справа лобные складки не образуются, лагофthalm справа, рот перетянут влево, правый угол рта опущен. Агевзия на передних 2/3 языка справа, гиперакузия и слезотечение справа.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

29. Больной 12 лет жалуется на снижение слуха на левое ухо, постоянный шум в нем, периодическое головокружение, сопровождающееся тошнотой и пошатыванием при ходьбе.

Объективно: гипакузия слева; нистагм; в позе Ромберга и при ходьбе отклонение влево.

Поставьте топический диагноз.

30. Больная поступила с жалобами на снижение слуха и шум в правом ухе, головокружение. При обследовании установлено снижение чувствительности на правой половине лица, отсутствие правого корнеального рефлекса, паралич мимических мышц на этой же стороне. В позе Ромберга - пошатывание вправо, интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой пробы справа.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

31. У ребенка 12 лет на фоне дифтерии на 15-й день болезни появилось поперхивание при еде, гнусавость и осиплость голоса, иногда жидкая пища попадает в нос.

Объективно: экскурсии мягкого неба при фонации ограничены, небные и глоточные рефлексы отсутствуют, тахикардия.

Определите синдром.

32. У больного 43 лет в течение последних 1,5—2-х месяцев развились затруднения при глотании твердой пищи, жидкая пища выливается через нос, изменился голос (стал глухим и гнусавым), речь нечеткая, смазанная.

Объективно: правая половина мягкого неба свисает при фонации; небный и глоточный рефлексы справа отсутствуют, дисфагия, дисфония, дизартрия. Язык при высовывании отклоняется вправо, правая половина языка атрофирована.

1. Определите синдром.

2. Поставьте топический диагноз.

33. Больной 2 недели тому назад после работы в лесу снял с области шеи клеща. В настоящее время беспокоят головные боли, общая слабость, слабость мышц шеи и рук.

Объективно: плечи опущены, нижние углы лопаток отходят от позвоночника; не может поднять руки выше горизонтальной линии; голова «свисает» на грудь.

Определите синдром

34. Больной 50 лет доставлен машиной скорой помощи. Во время работы почувствовал себя плохо, была кратковременная потеря сознания.

При осмотре: определяются высокие цифры артериального давления, больной в сознании, активно реагирует на окружающее. Понимает обращенную к нему речь, выполняет простые инструкции (сжать руку), однако ответить не может, произносит только звуки «да-да».

1. Определите синдром поражения.

2. Поставьте топический диагноз.

35. У женщины 30 лет ревматический порок сердца. Со слов родственников после пробуждения перестала понимать обращенную к ней речь.

При осмотре: инструкции не выполняет, не может показать части тела, не дифференцирует фонемы. Говорит много, речь плавная, но слова непонятны; речь может быть охарактеризована как «словесный салат».

1. Определите синдром поражения.

2. Поставьте топический диагноз.

36. Больной, бухгалтер по профессии. Стал замечать затруднения

при чтении (забывал буквы), счёте. При осмотре выяснилось, что больной не узнаёт правой рукой предметы на ощупь, с трудом может зашнуровать ботинок, не справляется с устным счётом, забывает буквы.

1. Определите, какие высшие корковые функции пострадали.
2. Поставьте топический диагноз.

37. Больная – пианистка, стала отмечать затруднения при быстром темпе игры, также появились изменения речи – не может произнести длинные слова, ошибки при письме.

Определите характер двигательных и речевых расстройств.

38. Больному 14 лет, родители обратили внимание на изменившееся поведение: дурашливость, неопрятность, снижение памяти. При осмотре на приёме врача пациент заторможен, не сразу выполняет инструкции, повторяет слова врача, отмечаются стереотипные движения.

1. Определите синдром поражения.
2. Поставьте топический диагноз.

39. У больного 59 лет на фоне сильного и длительного эмоционального перенапряжения развилась слабость в правых конечностях, больше в руке, затруднение речи;

Объективно: объем активных движений в правой руке ограничен. Проба Барре справа положительна, больше в руке. Мышечный тонус повышен в сгибателях правой руки и разгибателях правой ноги. Сухожильные рефлексы справа выше, чем слева; р. Россолимо и р. Бабинского справа положительны. Элементы моторной афазии.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

40. У больного 17 лет после неудачного прыжка в воду развился паралич в руках и ногах, появилась задержка мочи и затрудненное дыхание.

Объективно: тетраплегия с высокими сухожильными рефлексами, клонусами стоп и коленных чашечек, патологические рефлексы на руках и ногах, чувствительность сохранена только на лице и в теменной области. Нарушение ритма дыхания. Самостоятельное мочеиспускание невозможно.

1. Определите основные синдромы.
2. Поставьте топический диагноз.

41. У больного 10 лет после травмы позвоночника остро развился паралич рук и ног, нарушилось мочеиспускание.

Объективно: активные движения в конечностях невозможны; сухожильные рефлексы с рук не вызываются, брюшные и подошвенные отсутствуют, сухожильные рефлексы с ног резко оживлены, имеются клонусы стоп, рефлексы Оппенгейма, Бабинского, Гордона, Жуковского - с

обеих сторон. Нарушение всех видов чувствительности (анестезия) с уровня С6 с обеих сторон. Задержка мочеиспускания.

1. Определите основные синдромы.
2. Поставьте топический диагноз.

42. У больной 51 года после сильного переохлаждения в течение суток разбилась слабость и онемение в ногах, задержка мочи.

Объективно: активные движения в ногах резко ограничены, мышечная сила в них равна 2 баллам; межреберные мышцы не участвуют в акте дыхания; брюшные и подошвенные рефлексy отсутствуют, сухожильные рефлексy с ног повышены, выражены патологические рефлексy на ногах, клонусы стоп и коленных чашечек с обеих сторон; чувствительность всех видов снижена с уровня сосковой линии с обеих сторон, самостоятельное мочеиспускание невозможно.

1. Определите основные синдромы.
2. Поставьте топический диагноз.

43. У больного 37 лет в течение года постепенно нарастает слабость в ногах, расстроилось мочеиспускание.

Объективно: объем движений в ногах ограничен, мышечная сила снижена до 2-х баллов, сухожильные рефлексy с ног не вызываются, мышечный тонус резко понижен, гипотрофия мышц голеней и бедра. Чувствительность (все виды) снижена с уровня паховой складки с обеих сторон.

1. Определите основные синдромы.
2. Поставьте топический диагноз.

44. Больная жалуется на нарушение мочеиспускания и акта дефекации.

Объективно: недержание мочи и кала; чувствительность (болевая, температурная, тактильная) снижена в аногенитальной области.

Определите синдром.

45. В течение года больная жалуется на боли в пояснично-крестцовой области, и обеих ногах, не поддающиеся никаким лечебным воздействиям. В последние 2—3 месяца присоединились слабость в ногах и нарушение мочеиспускания.

Объективно: снижение мышечной силы, тонуса и сухожильных рефлексов в ногах, более выраженное в стопах и голенях. Болезненность при пальпации в паравертебральной области пояснично-крестцового отдела, снижение всех видов чувствительности в ногах и аногенитальной области. Положительны симптомы Ласега и Вассермана с обеих сторон. Недержание мочи и кала.

Определите синдром.

46. Больной, 55 лет, проснувшись утром, заметил слабость в правых конечностях и нарушение речи.

При осмотре: больной в сознании, кожные покровы бледные, пульс аритмичный, тоны сердца приглушены, АД 160/100 мм рт.ст.

В неврологическом статусе: активные движения в правых конечностях ограничены, больше в руке. Мышечный тонус и сухожильные рефлексy повышены справа. Мышечная сила в правых конечностях – 3 балла. Правый угол рта отстаёт при оскале зубов. Язык отклоняется вправо. Правосторонняя гемипарестезия, более выраженная в руке.

1. Где локализуется очаг?
2. Установите диагноз.
3. Назовите необходимые дополнительные методы обследования.
4. Назначьте лечение.

47. Больной 53 года, поступил в клинику с жалобами на боли тупого характера в области сердца, удушье по ночам. Состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные и влажные, цианоз губ. В лёгких дыхание ослабленное. Сердце - границы расширены влево. Тоны сердца приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление - 150/80 мм рт.ст. Печень пальпируется на 5 см. ниже рёберной дуги. На 5-й день пребывания в клинике у больного внезапно развились кратковременная потеря сознания (5 минут) и правосторонний паралич.

При осмотре: сознание сохранено, моторная афазия, может выполнять несложные инструкции. Сглаженность правой носогубной складки, язык при высовывании отклоняется вправо. Движения в правых конечностях отсутствуют, сухожильные рефлексy справа повышены. Гемипарестезия справа. Менингеальных симптомов нет. Артериальное давление - 120/90 мм рт.ст., пульс - 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Глазное дно: атеросклеротическая ретинопатия.

1. Где локализуется очаг поражения?
2. Клинический диагноз
3. Предположите патогенетический вариант инсульта.
4. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

48. Больная 56 лет, доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи. Установлено, что с 17 лет имеет порок митрального клапана ревматического происхождения. Сегодня днём, без потери сознания, развился правосторонний паралич и нарушилась речь.

При обследовании обращенную речь понимает, но на вопросы не отвечает, произносит только звук «а». Отмечается сглаженность правой носогубной складки, язык отклоняется вправо, в правой руке движения невозможны. АД-120/80 мм рт.ст..

1. Где локализуется очаг поражения.

2. Клинический диагноз.

3. Предположите патогенетический вариант инсульта, назначьте обследование.

4. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

49. Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, рефлекс Бабинского слева.

1. Топический диагноз?

2. Предварительный клинический диагноз?

3. Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?

4. Предположите патогенетический вариант инсульта

5. Назначьте обследование.

6. Принципы лечения.

50. Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с двоением в глазах и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока наружу минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.

1. Топический диагноз?

2. Предварительный клинический диагноз?

3. Как объяснить эпизод головокружения и двоения месяц назад?

4. Предположите патогенетический вариант инсульта.

5. Тактика обследования и лечения.

51. Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла утром и постепенно нарастает в течение последующих 10 часов. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, слабость в левых конечностях до 2-х баллов, снижение болевой чувствительности слева, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

1. Топический диагноз.
2. Предварительный клинический диагноз.
3. Предположите патогенетический вариант инсульта.
4. Тактика обследования и лечения.

52. Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с нарушениями речи, которые возникли днём, 3 часа назад. В течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца, имеет постоянную форму мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 90-120 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, большая возбуждена, многословна, речь содержит большое количество вербальных парафазий, обращённую речь больная не понимает, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1. Перечислите основные неврологические синдромы.
2. Поставьте топический диагноз.
3. Установите предварительный клинический диагноз.
4. Назначьте обследование и лечение

53. Больной 45 лет, в течение нескольких лет страдает артериальной гипертонией, лечился амбулаторно. Во второй половине дня, после работы, внезапно почувствовал онемение и слабость в правых конечностях, «удар» в голову, потерял сознание.

При поступлении: сознание – сопор, общее состояние тяжёлое, на вопросы не отвечает, дыхание шумное, «парусит» правая щека, голова и глаза повернуты влево, артериальное давление 210/120 слева и 170/100 справа.

1. Где локализуется очаг?
2. Установите диагноз.

3. Назначьте обследование и лечение.

54. У больного 38 лет, днем, на фоне переутомления, возникла сильная головная боль, рвота. Больной дезориентирован в месте, времени, беспокоен, возбуждён, держится руками за голову, стонет. Выражены менингеальные симптомы, сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических знаков нет. Общая гиперестезия.

1. Где локализуется очаг?
2. Установите диагноз.
3. Назовите необходимые дополнительные методы обследования.
4. Назначьте лечение.

55. Больной 47 лет, доставлен скорой помощью. Считал себя здоровым, артериальное давление ему не измеряли. Утром появились тошнота и боль в левой половине головы, затем последовала утрата сознания. При поступлении: больной в коматозном состоянии. Пульс - 62 удара в минуту, ритмичны. Артериальное давление - 170/100 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте. Дыхание шумное, 27 в минуту. Блефароспазм; плавающие движения глазных яблок, расходящееся косоглазие, лёгкая сглаженность правой носогубной складки. Правосторонняя гемиплегия. Брюшные рефлексы отсутствуют. Двусторонний рефлекс Бабинского. Незначительная ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слева.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз, дополнительные методы обследования.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

56. Больной 21 год, поступил с жалобами на сильные головные боли, рвоту, двоение в глазах. Из анамнеза известно, что заболел 10 дней назад, когда почувствовал недомогание, общую слабость, небольшую головную боль. Имелась субфебрильная температура. Головная боль за 6 дней постепенно резко выросла до нестерпимой, и появилось двоение в глазах, рвота. Объективно: ригидность затылочных мышц + 3 пальца, симптом Кернига с угла 100 градусов, положительный симптом Брудзинского средний и нижний, анизокория, с мидриазом слева, птоз слева, расходящееся косоглазие (отсутствует движение левого глазного яблока кнутри). В ликворе - лимфоцитарный плеоцитоз, понижено содержание сахара, при отстаивании ликвора образовалась плёнка.

1. Установите диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования.
3. Лечение.

57. Из лаборатории получен анализ спинно-мозговой жидкости: цвет - прозрачный, опалесцирующий. Цитоз: лимфоциты - 120 клеток в 1 мм³, белок - 0,33 г\л, сахар - 2,1 ммоль\л, хлориды - 500 мг%.

Ваше мнение о характере изменения ликвора. Поставьте предварительный диагноз.

58. При анализе спинно-мозговой жидкости обнаружено: цвет - мутный, желтый.

Цитоз: 1425 клеток в 1 мм³, нейтрофилы - 1300, лимфоциты - 125, белок - 1,66%, сахар - 1,97 ммоль\л, хлориды - 700 мг%.

Оцените характер ликвора. Поставьте предварительный диагноз.

59. Женщина 30 лет, доставлена в приёмное отделение с неясным диагнозом. Заболела остро. В течение 2-х дней беспокоит сильная головная боль на фоне высокой температуры 38,0-38,5° без видимых катаральных явлений. Сегодня температура повысилась до 39,0, появилась тошнота и рвота.

При обследовании выявлены ригидность затылочных мышц на 3 см., положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Других изменений в неврологическом статусе нет. При тщательном осмотре на груди и животе обнаружены единичные розеола.

1. Клинический диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.

3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

60. Больной 40 лет, поступил в участковую больницу в тяжёлом состоянии: резчайшая головная боль, рвота, высокая температура - 39° С.

При осмотре катаральных явлений не обнаруживалось, но отмечена ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. При исследовании спинномозговой жидкости определяется цитоз - 20 клеток в 1 мм³, лимфоцитарного характера, белок - 0,6 г /л. Через 5 дней общее состояние несколько улучшилось (прекратилась рвота, уменьшились головные боли, понизилась температура до субфебрильных цифр).

Однако больной стал отмечать нарастающую слабость в мышцах шеи (с трудом поддерживает голову) и в руках (не может поднять руки вверх).

Объективно выявился парез проксимальных отделов рук со снижением сухожильных рефлексов.

1. Клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

61. Больной 26 лет, поступил в клинику с жалобами на опоясывающие боли в области грудной клетки. Болен в течение недели, когда повысилась температура до 37,6°C, имелись катаральные явления. Последние 2 дня - корешковые боли, затем в день поступления в больницу стало трудно ходить.

Объективно: нижний спастический парапарез. Проводниковое нарушение видов чувствительности с уровня Д 2 с обеих сторон. Нарушение функции тазовых органов. Ликвор: лимфоцитарный плеоцитоз - 20-30 клеток, белок - 0,6%.

1. Клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

62. Юноша, 18 лет, обратился к врачу в связи с пошатыванием при ходьбе и появившимся 2 дня назад ухудшением зрения. В течение года периодически замечает слабость в ногах непостоянного характера. В настоящее время слабость выросла, походка стала неустойчивой.

Объективно: Снижение силы в ногах до 3-х баллов, симптом Бабинского и Шеффера с обеих сторон, сухожильные рефлексy равномерно оживлены. Брюшные и подошвенные - не вызываются. В позе Ромберга неустойчив. Пяточно-коленную пробу выполняет с интенционным тремором. При осмотре глазного дна выявляется побледнение половин дисков зрительных нервов.

1. Установите диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.
3. Назначьте лечение.

63. Больная 27 лет, после родов внезапно возникло снижение зрения на оба глаза, больше слева ("ощущение пелены перед глазами").

На момент осмотра - снижение остроты зрения, больше слева.

По данным офтальмоскопии - краевое побледнение диска зрительного нерва. После введения дексаметазона произошло быстрое улучшение, в виде увеличения остроты зрения.

1. Установите диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.

3. Назначьте лечение.

64. Пациентка, 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на эпизоды «нарушения зрения» (зигзаги и звездочки перед глазами), продолжающиеся около 40 минут. После восстановления зрения развивается выраженная пульсирующая односторонняя головная боль. Всего отмечалось около 10 таких приступов (с 20 лет).

Объективно: черепные нервы без патологии. Сухожильные рефлексы симметричные. В позе Ромберга неустойчива, координаторные пробы выполняет уверенно. При осмотре глазного дна патологических изменений не выявлено.

1. Установите диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.

3. Назначьте лечение.

65. У девушки 19 лет при заборе крови из вены появилась бледность лица, потливость, расширение зрачков. Затем последовала утрата сознания.

1. Определите синдром и поставьте диагноз.

2. Алгоритм помощи пациенту.

66. Больная 62 лет, поступила в клинику с жалобами на периодически возникающие приступы судорожных подергиваний в правой ноге и правой руке, возникшие около месяца назад. Около 2 лет беспокоит давящая боль в левой половине головы, которая стала ежедневной. Прием НПВС дает кратковременный и незначительный эффект.

Объективно: черепно-мозговые нервы – без изменений. Сухожильные рефлексы $d>s$, симптом Бабинского справа. Мышечная сила в руках и ногах 5 баллов. Чувствительность сохранна. В позе Ромберга легкое пошатывание без четкой сторонности. Координаторные пробы выполняет уверенно.

1. Определите синдромы и поставьте диагноз.

2. Опишите алгоритм обследования пациента.

67. Больной Н., 47 лет, одиннадцать месяцев назад появилось снижение слуха на левое ухо. В течение полугода до этого отмечался постоянный шум в этом же ухе. В последние два месяца отмечается головная боль, тошнота, появилось онемение в левой половине лица. При обследовании в клинике выявлено: нарушение слуха слева по типу поражения

звукоспринимающего аппарата, легкий периферический парез левого лицевого нерва, гипестезия в левой половине лица, легкая атаксия в левых конечностях. На глазном дне - застойные соски зрительных нервов.

1. Установить диагноз.
2. Назначить лечение.

68. Больной К. 40 лет, около года назад начал отмечать ухудшение зрения, появилась половая слабость, ожирение, плохо стали расти волосы на лице. При осмотре окулистом выявлены признаки первичной атрофии сосков зрительных нервов, сужение полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии.

1. Какой можно поставить предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
3. Назначить лечение.

69. Больной Р. 48 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль и тошноту. Со слов родственников полгода назад были отмечены изменения в поведении больного: появилась неряшливость, эйфоричность, неадекватные поступки на работе.

При осмотре: центральный парез левого лицевого нерва, умеренное повышение сухожильных и периостальных рефлексов слева, выражены хоботковый и хватательный рефлексы. На глазном дне явления начального застоя сосков зрительных нервов.

1. Установить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы обследования.
3. Назначить лечение.

70. Больная У. 49 лет, три года назад среди полного здоровья появился приступ судорожных сокращений в правой руке. В дальнейшем такие приступы повторялись через один - два месяца. Около года назад появилась прогрессирующая слабость в правых конечностях, сначала в руке, а затем и в ноге, появилось затруднение в произношении слов.

При осмотре: правосторонний гемипарез с повышением сухожильных и периостальных рефлексов, симптом Бабинского справа, явления моторной афазии.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования
3. Назначить лечение.

71. Больной Ш. 22 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль, тошноту, шаткость при ходьбе. Головная боль появилась полгода назад без видимых причин и постепенно становилась все более интенсивной. В течение последнего месяца появилась шаткость при ходьбе, тошнота.

При осмотре: горизонтальный нистагм при взгляде влево, в позе Ромберга неустойчив - падает влево и назад, слева плохо выполняет пальценосовую и коленно-пяточную пробы. На глазном дне явления застоя.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

72. Больной О. 24 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, шаткость при ходьбе, периодическое потемнение в глазах в период интенсивной головной боли. Головные боли без видимых причин появились около года назад. Они постепенно усиливались, начали сопровождаться тошнотой, рвотой, появилась шаткость при ходьбе.

При осмотре: спонтанный нистагм при взгляде в обе стороны, в позе Ромберга падает назад, неуверенно выполняет указательные пробы с обеих сторон, ригидность мышц затылка, выраженный застой сосков зрительных нервов с обеих сторон с кровоизлияниями.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

73. Больная Л. 46 лет, три месяца назад появилась нарастающая по интенсивности головная боль, затем присоединилась тошнота, рвота, легкая шаткость при ходьбе.

При обследовании выявлено: год назад оперирована по поводу рака правой грудной железы, имеется легкий правосторонний гемипарез, легкая анизокория $S > D$, легкая неустойчивость в позе Ромберга, явления амнестической афазии, застой на глазном дне.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

74. Больной Д. 32 лет, поступил в клинику с жалобами на головные боли, тошноту, неожиданно возникающую рвоту и головокружение при поворотах головы.

При осмотре: легкий горизонтальный нистагм при взгляде в обе стороны, небольшая неустойчивость в позе Ромберга, вынужденное положение головы. При вставании у больного усиливается головная боль,

темнеет в глазах, появляется тошнота, головокружение, не может лежать па спине, лежит постоянно на правом боку.

- 1.Поставить диагноз.
- 2.Назначить методы дополнительного обследования.
- 3.Назначить лечение.

75. Больная С, 48 лет, поступила в клинику с жалобами па постоянные головные боли, больше в лобной области, снижение обоняния и зрения. Расстройства обоняния и зрения впервые отметила год назад, полгода назад появились боли в лобной области, которые, однако, не имели интенсивный характер, отмечается ослабление памяти.

При обследовании выявлено: двусторонняя аносмия, полная слепота на левый глаз, выпадение височной половины поля зрения на правый глаз, выраженный хоботковый рефлекс, небольшое преобладание сухожильных и периостальных рефлексов оправа. Имеется атрофия соска зрительного нерва слева и застой соска зрительного нерва справа. На обзорных рентгенограммах черепа - гиперостоз основания передней черепной ямки, порозность спинки турецкого седла, в ликворе - белково-клеточная диссоциация.

- 1.Поставить диагноз.
- 2.Назначить методы дополнительного обследования.
- 3.Назначить лечение.

76. Больная, 55 лет, после операции удаления опухоли червя мозжечка, на 2-ые сутки была произведена люмбальная пункция. Через 2 минуты после выведения 10 мл ликвора у больного произошло резкое угнетение уровня сознания до комы 1, появился выраженный менингеальный синдром-ригидность затылочных мышц + 5 пальцев, симптом Кернига - 50 градусов, двухсторонние положительные симптомы Бабинского, дыхание Чейн-Стокса с ЧД 20-8 в 1 мин., АД 185\105 мм рт.ст., пульс - 98 в 1 мин.

- 1.Поставьте предварительный синдромальный диагноз.
- 2.Назначьте дополнительные методы обследования.
- 3.Распишите неотложные врачебные мероприятия.

77. Больной П. 21 года, во время автоаварии ударился головой о ветровое стекло, терял сознание на 30—40 минут. Доставлен в больницу через 1,5 часа после травмы. При осмотре: сознание ясное, ориентирован в месте и времени, жалуется на головную боль и тошноту, при попытках встать отмечается головокружение. Где и когда произошла травма больной не помнит.

Пульс 84 уд. в 1 мин, дыхание ритмичное 18 раз в 1 мин, кожные покровы бледные влажные, симптомов очагового поражения нервной системы нет, менингеальных симптомов нет.

1. Установить клиническую форму черепно-мозговой травмы.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

78. Больной А. 21 года, получил травму головы, выполняя спортивное упражнение на перекладине. Была потеря сознания в течении часа. В больницу доставлен через два часа после травмы. При осмотре: в сознании, жалуется на головную боль, тошноту, чувство «заложенности» в левом ухе. Пульс 92 уд. в 1 мин, артериальное давление 130/90 мм рт.ст., дыхание 20—22 в мин, на голове слева в височно-теменной области припухлость мягких тканей, слева из наружного слухового прохода подтекает кровь и светлая жидкость, при оскале зубов отстает левый угол рта и плохо замуривает левый глаз, сухожильные рефлексы преобладают справа, легкая ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон.

1. Установить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы исследования.
3. Имеются ли показания к оперативному лечению?
4. Назначить медикаментозное лечение.

79. Больной Д. 32 лет, на лесоразработках получил травму головы упавшим бревном. Потерял сознание. Доставлен в больницу через 3 часа после травмы. Со слов, доставивших после травмы, был короткий период времени, когда больной отвечал на вопросы, затем снова впал в бессознательное состояние.

При осмотре: soporозное состояние сознания, беспорядочно двигает правыми конечностями, в левых конечностях активные движения отсутствуют. Сухожильные и периостальные рефлексы слева высокие. Правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует, пульс 52 уд. в 1 мин, артериальное давление 150/100 мм рт.ст., дыхание частое шумное, имеется ригидность мышц затылка, симптом Кернига не выражен.

1. Установить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Определить показания к операции и назначить необходимые нехирургические лечебные мероприятия.

80. Больная Н. 30 лет, при переходе улицы поскользнулась на льду, упала и ударилась головой, потеряла сознание. Машиной скорой помощи

доставлена в больницу через час после случившегося. В сознание пришла во время транспортировки.

При осмотре: жалуется на головную боль, тошноту. Пульс 68 уд. в 1 мин, дыхание ритмичное 18 раз в 1 мин, артериальное давление 130/60 мм рт.ст., симптомов очагового поражения головного мозга и симптомов раздражения мозговых оболочек нет.

1. Установить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Определить показания к операции и назначить необходимые нехирургические лечебные мероприятия.

81. Больной 40 лет, был избит и получил травму головы. Потерял сознание и очнулся в больнице через три часа после травмы.

При осмотре: в правой лобно-теменной области имеется припухлость мягких тканей и ссадины кожи. Пульс 78 уд. в 1 мин, артериальное давление 140/80 мм рт.ст., дыхание ритмичное 20—24 раза в 1 мин, активные движения в левой руке и ноге отсутствуют, сухожильные и периостальные рефлексы слева повышены, определяется ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон.

1. Установить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Определить показания к операции и назначить необходимые нехирургические лечебные мероприятия.

82. Больной Л. 24 лет, на стройке дома упал с балкона и ударился головой о грудку кирпича. Доставлен в больницу через час после травмы. При осмотре: сознание утрачено до степени сопора, отмечается психомоторное возбуждение; дыхание частое шумное до 34 раз в 1 мин., артериальное давление 160/100 мм рт. ст., пульс 140 уд. в 1 мин. Отмечается истечение крови и светлой жидкости из левого слухового прохода, зрачки несколько расширены, реакция их на свет вялая, имеется ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон, слева в височно-теменной области имеется припухлость мягких тканей.

1. Установить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Определить показания к операции и назначить необходимые нехирургические лечебные мероприятия.

83. Больной Г. 42 лет, получил травму области спины упавшим бревном. Тут же отметил выраженную слабость и онемение в ногах, не смог

самостоятельно ходить. Через два часа после случившегося доставлен в приемный покой больница.

При осмотре: чувство онемения в ногах прошло и нарушений чувствительности не выявлено, сила в ногах хорошая, может самостоятельно ходить. Сила в ногах восстановилась за прошедшие два часа после травмы. Имеется болезненность при пальпации в межлопаточной области и припухлость мягких тканей.

1. Установить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы обследования.
3. Врачебная тактика.

84. Больной К. 20 лет, при нырянии в реку ударился головой о дно. Отметил боль в области шеи и чувство слабости в ногах и руках. Не смог самостоятельно выйти на берег. Товарищи вынесли его из воды и доставили в больницу.

При осмотре: болезненность при пальпации остистых отростков в области шеи на уровне С-5-6-7 позвонков, глубокий тетрапарез, глубокое снижение всех видов чувствительности с уровня С-5 сегмента, сухожильные и периостальные рефлексy с рук снижены, на ногах повышены, симптомы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

1. Установить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

85. Больной Т. 35 лет, при автоаварии выпал из кузова автомашины и получил травму области спины краем кузова. Сразу же наступил паралич ног и онемение нижней части туловища и ног.

При осмотре в больнице: вялая нижняя параплегия, анестезия всех видов чувствительности по проводниковому типу с уровня Д-5 сегмента, задержка мочи. В области спины и межлопаточной области имеется припухлость мягких тканей. При рентгенографии позвоночника выявлен компрессионный перелом тела Д-3 позвонка со смещением его кзади на 0.5 см. При люмбальной пункции выявлена полная блокада субарахноидального пространства спинного мозга при пробе Квекенштедта.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.

86. Больной Ж. 41 года, при падении с лесов на стройке получил травму области спины. Сразу же отметил чувство онемения в ногах: ноги, со слов больного, «стали как ватные», отметил также наличие слабости в ногах, однако мог самостоятельно передвигаться. Через два-три часа после травмы

появились нарастающие боли в области спины. Через несколько часов выросла слабость в ногах, больной перестал ходить, появилась задержка мочеиспускания. При неврологическом обследовании выявлен глубокий спастический нижний парапарез, повышение коленных и ахилловых рефлексов, симптом Бабинского с двух сторон, глубокая гипестезия всех видов чувствительности по проводниковому типу до уровня Д-10 сегмента.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.

87. Больной Т. 31 года, при уборке сена упал с воза вниз головой. Почувствовал резкую боль в области шеи. Тут же пропали движения в руках и ногах.

При осмотре в больнице выявлено: вялая тетраплегия, анестезия всех видов чувствительности с уровня С-6-7 сегментов спинного мозга. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног не вызываются. Задержка мочеиспускания.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.

88. У больного А. 18 лет, при падении с дерева остро развился паралич ног. При осмотре в больнице установлено: наличие нижней вялой параплегии, анестезия всех видов чувствительности с уровня Д-12 сегмента, отсутствие сухожильных и периостальных рефлексов с ног. При рентгенографии позвоночника выявлен компрессионно-оскольчатый перелом Д-9 позвонка со смещением тела кзади на 0,6 см. При пробе Квекенштедта во время люмбальной пункции выявлена полная блокада субарахноидального пространства спинного мозга.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.

89. У больной 32 лет, после переохлаждения поднялась температура до 38°. При поступлении жалуется на онемение и слабость в конечностях, преимущественно в дистальных отделах.

Объективно: мышечная сила в конечностях снижена, особенно в дистальных отделах, сухожильные рефлексы отсутствуют, болезненность нервных стволов, гипестезии по типу «носков» и «перчаток», положительный симптом Лассега с обеих сторон с угла 45°, двусторонний паралич мимических мышц. В ликворе - цитоз 5 клеток в 1 мм³, белок - 1,66%.

1. Установите диагноз.
2. Назначьте лечение.

90. Больной, страдающий хроническим алкоголизмом, жалуется на онемение и боли в конечностях, стопах, слабость в них.

Объективно: нарезки конечностей, особенно ног, мышечная гипотония и атрофия, снижение карпорадиального рефлекса с обеих сторон, отсутствие ахилловых и подошвенных рефлексов, гипестезия в области кистей и стоп.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

91. У больного 12 лет, в течение 2-3 недель на фоне умеренных болей в голени постепенно развилась слабость в правой ноге (стала свисать стопа), при ходьбе часто «зацепляется» носком.

Объективно: правая стопа свисает и несколько приведена кнутри. Походка «петушиная». Чувствительность снижена по наружной поверхности голени и на тыльной стороне стопы справа.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

92. У ребёнка 10 лет, после травмы ключицы исчезли движения и чувствительность в правой руке.

Объективно: никакие движения в руке невозможны, похудение и гипотония мышц плеча, предплечья, кисть отёчна. Рефлексы с правой руки не вызываются. Нарушение чувствительности на всей руке, выявляется синдром Горнера справа.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

93. У больного 23 лет, после травмы левого плеча появились боли и онемение в области предплечья, слабость в руке, главным образом в кисти, не может пальцы сжать в кулак.

Объективно: гипотрофия мышц предплечья и кисти - сгибателей кисти и пальцев, снижение чувствительности по внутренней поверхности кисти предплечья и плеча слева.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

94. Больной 22 лет, после сна обнаружил слабость в левой руке.

Объективно: ограничение разгибания левого предплечья, кисти, отведения большого пальца, супинации. «Свисающая кисть», пальцы свисают ступенеобразно, отсутствует рефлекс с трёхглавой мышцы, снижен карпорадиальный рефлекс. Анестезия на дорсальной поверхности плеча, предплечья, отчасти кисти и тыльной поверхности V, IV и одной половине III пальца.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

95. У больного 28 лет, после травмы правого локтевого сустава развилась слабость в кисти.

Объективно: правая кисть имеет вид «когтистой лапы». Нарушение сгибателя V IV и частично III пальцев, приведение их, особенно V и IV, западание межкостных промежутков особенно I, резкое уплощение гипотенора. Гипестезия на ладонной поверхности V и ульнарной части IV пальцев, цианоз, нарушение потоотделения и понижение кожной температуры в области V и IV пальцев.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

96. У больного 23 лет, через 2-3 недели после травмы правого предплечья появились жгучие боли в кисти и ограничение движений в пальцах правой руки.

Объективно: кисть напоминает «обезьянью лапу». Отмечается атрофия мышц области тенора, отсутствует противопоставление I пальца, нарушение ладонного сгибания I, II и III пальцев и разгибание средних фаланг II и III пальцев, гипестезия п ладонной поверхности I, II, III и лучевой части IV пальцев. Кожа в области I, II, II пальцев имеет синюшную окраску, ногти тусклы, ломкие, расстройство потоотделения, гиперкератоз, изъязвления, гипертрихоз.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

97. Больной 28 лет, после перенесённого гриппа стал жаловаться на постоянные боли в руках и ногах, постепенно развилась слабость в них.

Объективно: кисти и стопы холодные на ощупь, синюшны, движения в них резко ограничены, ахилловы и карпорадиальные рефлексy не вызываются. Снижение все видов чувствительности в кистях и стопах по типу «перчаток» и «носков».

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.

3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

98. Больная 13 лет, отмечает слабость в ногах, приступообразные мышечные боли, похудение мышц стоп, снижение чувствительности в стопах.

Объективно: вальгусная деформация стоп, симметричная мышечная атрофия дистальных отделов ног, ахилловы рефлексy- abs, гипестезия по типу “ носков”.

1. Установить диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.
3. Определить тактику лечения.
4. Определите прогноз.

99. Больной, 4 лет, со слов родителей поздно начал ходить. Ходит плохо, часто падает и с трудом поднимается (особенно по лестнице). Кроме того, родители заметили задержку интеллектуального развития - поздно начал говорить, не узнает буквы.

Объективно: рост и вес - соответственно возрасту, однако отмечается гипотрофии мышц бедра и голени. “Утиная походка”, при вставании, сперва опирается на руки. Коленные рефлексy - торпидны. Снижение уровня интеллектуального развития.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.
3. Определите прогноз.

100. Больной 6 лет, отмечается изменение походки, затруднение при вставании с кровати.

Объективно: слабость мышц тазобедренного пояса, гипотрофия тазобедренных мышц и бедер. “Утиная походка “. Выраженный поясничный лордоз, выпячивание живота вперед.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.
3. Определите прогноз.

101. Больной 17 лет, обратился с жалобами на боли в мышцах конечностей, спастического характера, затруднение при начале передвижения.

Объективно: “атлетического” телосложения, псевдогипертрофия мышц конечностей, особенно плечевого пояса. При перкуссии обнаруживается симптом “валик-ямка”. На холоде отмечается усиление мышечных спазмов.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.

3. Определите прогноз.

102. Больной 10 лет, отмечается пошатывание при ходьбе (падает вправо), затруднение речи.

При осмотре: в позе Ромберга отклоняется вправо, координаторные пробы выполняет с промахиванием, интенцией справа, среднеразмашистый горизонтальный нистагм, дизартрия, сухожильные рефлексы торпидны с ног, нарушение вибрационной чувствительности, выраженный грудной сколиоз, полая стопа с высоким сводом - *pes cavus*.

1. Установить диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.

3. Определить тактику лечения.

4. Определите прогноз.

103. У больной 22 лет внезапно опустилось верхнее веко правого глаза.

Объективно: офтальмоплегия справа, мышечная сила, тонус, сухожильные рефлексы в конечностях сохранены, без патологии.

По данным КТ грудной клетки - доброкачественная опухоль вилочковой железы - тимома. В периферической крови без патологии.

1. Предположите диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.

3. Назначьте лечение.

104. Больной 35 лет, после подъёма груза почувствовал резкую боль в поясничной области.

Объективно: сглаженность поясничного лордоза, сколиоз, напряжение мышц поясничной области. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены из-за болей. Болезненность при пальпации паравертебральных точек в поясничном отделе. Симптом Ласега слева с угла 30°. Левый ахиллов рефлекс отсутствует. Гипестезия по задне-наружной поверхности левой голени.

1. Установите диагноз.

2. Назначьте лечение.

105. Больная 38 лет, после подъёма груза почувствовала резкую боль в поясничной области, вследствие чего не могла разогнуться.

Объективно: напряжение мышц поясничной области, сколиоз, сглаженность поясничного лордоза. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены во все стороны. Болезненность паравертебральных точек L4-L5 слева. Симптом Ласега слева. Слабость разгибателя большого пальца левой стопы. Гипалгезия в области наружной поверхности пальца

левой голени. На спондилограмме отмечается уменьшение расстояния между телами L4-L5 позвонков, шиловидные разрастания по краям L3-L4 позвонков.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

106. У больного 52 лет, после переохлаждения появились ноющие боли в поясничной области с иррадиацией по передней поверхности бедра и внутренней голени справа.

Объективно: напряжение мышц в поясничной области, ограничение движений в поясничном отделе позвоночника из-за боли вперёд и в стороны. Симптомы Вассермана и Мацкевича справа. Снижение правого коленного рефлекса. Гипалгезия по внутренней поверхности правой голени.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

107. Больной, 37 лет, после поднятия тяжести резко возникла “непереносимая” боль в пояснице, с распространением в обе ноги, онемение в ногах от средней трети бедер, по заднебоковой поверхности, онемение промежности, отсутствие самостоятельного мочеиспускания.

При осмотре: вынужденное положение, невозможность сгибания поясницы и правой ноги из-за болей, выраженная гипестезия по заднебоковой поверхности бедер и голени, в зоне “наездника“, симптом Ласега - с угла 150. Резкая болезненность паравертебральных точек в поясничном отделе. Нарушение функции тазовых органов по типу острой задержки - отсутствие мочеиспускания в течение 2-х суток.

1. Поставьте предварительный синдромальный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования.
3. Распишите неотложные врачебные мероприятия.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тесты по разделам дисциплины: тестовые задания.

5.1.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов к экзамену по дисциплине «Неврология»

Тестовые задания	Код компетенции (согласно РПД)
1. ПИРАМИДНЫЙ ПУТЬ НАЧИНАЕТСЯ ОТ	УК-4

<p>НЕЙРОНОВ:</p> <p>А. передней центральной извилины В. задней центральной извилины С. базальных отделов лобных долей D. теменной доли</p>	<p>ОПК-1 ОПК-2 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-10 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-7</p>
<p>2. КОРТИКО-СПИНАЛЬНЫЙ ТРАКТ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В:</p> <p>А. передних столбах спинного мозга В. передних рогах спинного мозга С. задних столбах спинного мозга D. боковых столбах спинного мозга</p>	
<p>3. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛЕВОЙ РУКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА В:</p> <p>А. нижних отделах передней центральной извилины слева В. заднем бедре внутренней капсулы С. среднем отделе передней центральной извилины справа D. колене внутренней капсулы</p>	
<p>4. ПЛЕЧЕВОЕ СПЛЕТЕНИЕ ФОРМИРУЮТ ПЕРЕДНИЕ ВЕТВИ СПИНОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ:</p> <p>А. C5 - Th2 В. C5 - C8 С. C6 - C8 D. C8 - Th2</p>	
<p>5. ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО МОТОНЕЙРОНА НА УРОВНЕ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. альтернирующий синдром В. двигательные расстройства в конечностях на противоположной очагу поражения стороне С. двигательные расстройства в мышцах туловища на стороне поражения</p>	

<p>D. двигательные и чувствительные расстройства в конечностях на противоположной очагу поражения стороне</p>	
<p>6. ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРЕЗА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>A. повышение сухожильных рефлексов B. появление защитных рефлексов C. появление патологических пирамидных рефлексов D. низкий мышечный тонус, отсутствие сухожильных рефлексов, атрофия парализованных мышц</p>	
<p>7. НАРУШЕНИЕ ЛАДОННОГО СГИБАНИЯ КИСТИ. I, II, III ПАЛЬЦЕВ, ЗАТРУДНЕНИЕ ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА, РАЗГИБАНИЯ СРЕДНИХ И КОНЦЕВЫХ ФАЛАНГ II И III ПАЛЬЦЕВ, ПРОНАЦИИ, АТРОФИЯ МЫШЦ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И ТЕНАРА. НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА КИСТИ, ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ I, II, III ПАЛЬЦЕВ, ЛУЧЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ IV ПАЛЬЦА. ВЕГЕТАТИВНО-ТРОФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СИНДРОМ КАУЗАЛГИИ. ДАННЫЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:</p> <p>A. срединного нерва B. локтевого нерва C. лучевого нерва D. плечевого сплетения</p>	
<p>8. ОГРАНИЧЕНИЕ ЛАДОННОГО СГИБАНИЯ КИСТИ, ПРИВЕДЕНИЯ И РАЗВЕДЕНИЯ ПАЛЬЦЕВ, РАЗГИБАТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА В ОСНОВНЫХ ФАЛАНГАХ И СГИБАТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА В КОНЦЕВЫХ ФАЛАНГАХ, ОСОБЕННО IV И V ПАЛЬЦЕВ (ПОЗА "КОГТИСТОЙ ЛАПЫ"). АТРОФИЯ МЕЖКОСТНЫХ МЫШЦ, ГИПОТЕНАРА. ВЫПАДЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА</p>	

<p>ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ V ПАЛЬЦЕВ, ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ V, IV ПАЛЬЦЕВ, И ПОЛОВИНЫ III ПАЛЬЦА. ВОЗМОЖНЫ БОЛИ, ИРРАДИИРУЮЩИЕ В МИЗИНЕЦ. ДАННЫЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:</p> <p>A. срединного нерва B. локтевого нерва C. лучевого нерва D. шейного сплетения</p>	
<p>9. ПАРАЛИЧ РАЗГИБАТЕЛЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ, ПОЗА "СВИСАЮЩИЙ КИСТИ", ВЫПАДЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ДОРСАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЛЕЧА, ПРЕДПЛЕЧЬЯ, ЧАСТИЧНО КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ (ТЫЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ I, II И ПОЛОВИНЫ III); ВЫПАДЕНИЕ РЕФЛЕКСА С СУХОЖИЛИЯ ТРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ. ОПРЕДЕЛИТЕ ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ. ДАННЫЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:</p> <p>A. плечевого сплетения B. локтевого нерва C. лучевого нерва D. нижней порции плечевого сплетения</p>	
<p>10. У БОЛЬНОГО — ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРАЛИЧ МЫШЦ, ФИБРИЛЛЯРНЫЕ ПОДЕРГИВАНИЯ В НИХ. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СТРУКТУР ВОВЛЕЧЕНЫ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС:</p> <p>A. передние рога спинного мозга B. задние рога спинного мозга C. передние канатики спинного мозга D. боковые канатики спинного мозга</p>	
<p>11. У БОЛЬНОГО — ВЯЛЫЙ ПАРАЛИЧ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ</p>	

<p>ФУНКЦИЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПО ТИПУ ИСТИННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ, АНЕСТЕЗИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПРОМЕЖНОСТИ, ЖЕСТОКИЕ КОРЕШКОВЫЕ БОЛИ В НОГАХ, КРЕСТЦЕ, ЯГОДИЦАХ, ПРОМЕЖНОСТИ. ДАННЫЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:</p> <ul style="list-style-type: none">A. поясничного утолщения (L2 – S2 сегменты)B. конуса (S3- S5 сегменты)C. эпиконуса (L4 – S2 сегменты)D. конского хвоста	
<p>12. ПРИЗНАКАМИ ХОРЕИЧЕСКОГО ГИПЕРКИНЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none">A. бросковые и вращательные движения в плечевом и тазобедренном суставахB. мышечная слабостьC. беспорядочные нерегулярные стремительные движения с вовлечением мышц конечностей, языка, туловища, “пританцовывающая” походкаD. насильственный поворот шеи в сторону или запрокидывание ее назад	
<p>13. ПРИЗНАКАМИ АКИНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none">A. затруднения при начале произвольных движений, замедленность движений (брадикинезия), прогрессирующее снижение скорости и амплитуды повторных движенийB. существенное снижение мышечной силыC. непроизвольные насильственные движения в конечностяхD. чувствительные расстройства	
<p>14. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ВОЗНИКАЮТ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА:</p> <ul style="list-style-type: none">A. синдром «складного ножа»B. синдром «зубчатого колеса»C. гипотония мышц	

D. спастичность	
<p>15. ПОРАЖЕНИЕ МОЗЖЕЧКА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ ДВИЖЕНИЙ В ВИДЕ:</p> <p>A. Пареза B. Гиперкинеза C. Атаксии D. Тремора покоя</p>	
<p>16. НЕУСТОЙЧИВОСТЬ В ПОЗЕ РОМБЕРГА ПРИ ЗАКРЫВАНИИ ГЛАЗ ЗНАЧИТЕЛЬНО УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>A. сенситивной атаксии B. мозжечковой атаксии C. вестибулярной атаксии D. лобной атаксии</p>	
<p>17. СИНДРОМ ФОСТЕРА-КЕНЕДИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА:</p> <p>A. на конвекситальной поверхности лобной доли B. на основании лобной доли C. в области хиазмы D. височной доле</p>	
<p>18. БИТЕМПОРАЛЬНАЯ ГЕТЕРОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>A. основания лобной доли; B. дорзолатеральной поверхности левой затылочной доли C. хиазмы D. височной доли</p>	
<p>19. У БОЛЬНОГО НАБЛЮДАЮТСЯ БОЛИ И СНИЖЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ЛБА И ПРАВОГО ВЕРХНЕГО</p>	

<p>ВЕКА. ДАННАЯ СИМПТОМАТИКА ВОЗМОЖНА ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>А. первой ветви тройничного нерва справа В. второй ветви тройничного нерва справа С. третьей ветви тройничного нерва справа D. верхней части ядра спинального корешка тройничного нерва справа</p>	
<p>20. ДЛЯ ВЫЗЫВАНИЯ РОГОВИЧНОГО РЕФЛЕКСА НЕОБХОДИМО ПРИКОСНУТЬСЯ ПОЛОСКОЙ МЯГКОЙ БУМАГИ К:</p> <p>А. роговице над зрачком В. роговице над радужной оболочкой С. ресницам D. слизистой оболочке нижнего века</p>	
<p>21. КОРЕШКОВЫЙ (РАДИКУЛЯРНЫЙ) ТИП НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>А. гиперестезией или гипестезией в зоне соответствующего дерматома, болями, усиливающимися при движениях, иррадирующими из позвоночника в конечности; положительными симптомами натяжения, наличие болевых точек; нарушение всех видов чувствительности в зоне соответствующего дерматома В. нарушением всех видов чувствительности в зоне соответствующего дерматома С. нарушением поверхностной чувствительности по сегментарному типу на одноименной очагу стороне поражения D. анестезией (гипестезией) поверхностной и глубокой чувствительности ниже очага поражения</p>	
<p>22. СЕГМЕНТАРНЫЙ ТИП НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>А. нарушением всех видов чувствительности по типу "куртки" или "полукуртки" на стороне очага поражения</p>	

<p>В. нарушением только поверхностной чувствительности по типу "куртки" или "полукуртки" на стороне очага поражения</p> <p>С. нарушением только поверхностной чувствительности по типу "куртки" или "полукуртки" на стороне, противоположной очагу поражения</p> <p>Д. нарушением всех видов чувствительности в зоне соответствующего дерматома</p>	
<p>23.МОТОРНАЯ АФАЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗОНЫ:</p> <p>А. Вернике</p> <p>В. Вестфалья</p> <p>С. Брока</p> <p>Д. Перлиа</p>	
<p>24. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АМНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ СЛЕДУЕТ:</p> <p>А. проверить устный счет</p> <p>В. предложить больному прочитать тест</p> <p>С. предложить больному назвать окружающие предметы</p> <p>Д. выполнить различные движения по подражанию</p>	
<p>25. К РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ОТНОСЯТ:</p> <p>А. тромболитическая терапия</p> <p>В. назначение церебролизина</p> <p>С. назначение сернокислой магнезии</p> <p>Д. назначение гепарина</p>	
<p>26.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. внутримозговое кровоизлияние по данным КТ</p> <p>В. возраст 75 лет</p> <p>С. уровень артериального давления 170/90 мм рт. ст.</p>	

<p>D. гликемия 13 ммоль/л</p>	
<p>27. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА ПОКАЗАНО ПРИ:</p> <p>A. атеросклерозе внутренней сонной артерии B. сахарном диабете C. гипертонической болезни D. фебриляции предсердий</p>	
<p>28. ОСТРЕЙШИЙ ПЕРИОД ИНСУЛЬТА ПРОДОЛЖАЕТСЯ:</p> <p>A. первые 5 суток B. первые сутки C. первую неделю D. первый месяц</p>	
<p>29. КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ:</p> <p>A. атаксия B. гемипарез C. изоэлектрическая ЭЭГ D. менингеальные симптомы</p>	
<p>30. К МЕНИНГЕАЛЬНОМУ ОТНОСИТСЯ СИМПТОМ:</p> <p>A. Мацкевича B. Бабинского C. Кернига D. Ласега</p>	
<p>31. ДИАГНОЗ МЕНИНГИТА УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ:</p> <p>A. менингеального (оболочечного) синдрома, синдрома воспалительных изменений цереброспинальной жидкости B. менингеального (оболочечного) синдрома, наличия крови в цереброспинальной жидкости C. менингеального (оболочечного) синдрома, при</p>	

<p>нормальных показателях цереброспинальной жидкости</p> <p>D. при отсутствии менингеального (оболочечного) синдрома, при наличии белково-клеточной диссоциации в цереброспинальной жидкости</p>	
<p>32. К ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТАМ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>A. туберкулезный</p> <p>B. менингококковый</p> <p>C. грибковый</p> <p>D. вирусный</p>	
<p>33. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ:</p> <p>A. клиндамицин</p> <p>B. эритромицин</p> <p>C. пенициллин</p> <p>D. цефалексин</p>	
<p>34. ОСТРЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ ВЫЗЫВАЮТ ВИРУСЫ:</p> <p>A. коксаки</p> <p>B. кори</p> <p>C. простого герпеса</p> <p>D. паротита</p>	
<p>35. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ – ЭТО:</p> <p>A. демиелизирующее заболевание с множественными очагами поражения нервной системы, протекающее с обострениями и ремиссиями или неуклонно прогрессирующее, поражающее в основном лиц молодого возраста</p> <p>B. хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся системным поражением мотонейронов спинного и головного мозга</p> <p>C. медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся образованием полостей по длиннику спинного и реже продолговатого мозга</p> <p>D. тяжелое прогрессирующее заболевание, характеризующееся патологической мышечной</p>	

<p>утомляемостью вследствие нарушения нервно-мышечной передачи аутоиммунного генеза</p>	
<p>36.ПРИ ОБОСТРЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧАТЬ:</p> <p>A. цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид) B. стимуляторы в-лимфоцитов (пропермил, зимозан, пирогенал) C. глюкокортикоидные препараты D. комплексное лечение указанными средствами</p>	
<p>37.СИНДРОМ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ГИПЕРПРОДУКЦИИ В ГИПОФИЗЕ:</p> <p>A. адренкортикотропного гормона B. гонадотропного гормона C. соматотропного гормона D. тиреотропного гормона</p>	
<p>38.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ НЕВРИНОМА НЕРВА:</p> <p>A. слухового B. зрительного C. тройничного D. подъязычного</p>	
<p>39.ПЕРВИЧНЫМ ИСТОЧНИКОМ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАК:</p> <p>A. желудка B. легких C. грудной железы D. матки</p>	
<p>40.К ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОТНОСИТСЯ ТРАВМА С:</p> <p>A. ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза B. переломом костей свода черепа</p>	

<p>C. переломом костей основания черепа без ликвореи D. повреждением апоневроза</p>	
<p>41.ПРОНИКАЮЩЕЙ НАЗЫВАЮТ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ ПРИ: A. ушибленной ране мягких тканей B. повреждении твердой мозговой оболочки C. повреждении апоневроза D. переломе костей свода черепа</p>	
<p>42.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОССТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, НАЗНАЧАЮТ: A. диуретики B. центральные антигипертензивные средства C. ноотропные препараты D. сосудистые препараты</p>	
<p>43.ПРИ КАКОМ ВИДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НАБЛЮДАЕТСЯ «СВЕТЛЫЙ» ПРОМЕЖУТОК? : A. субарахноидальное кровоизлияние B. сотрясение головного мозга C. эпидуральная гематома D. ушиб головного мозга</p>	
<p>44.БЕЗУСЛОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ: A. ликворея из уха B. кровотечение из уха C. кровянистый ликвор D. гемипарез</p>	
<p>45.МИАСТЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: A. патологической мышечной утомляемостью B. парезом нижних конечностей C. гемипарезом D. мышечными атрофиями</p>	

<p>46.ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА МИГРЕНИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРЕПАРАТЫ:</p> <p>А. Сосудорасширяющие В. Триптаны С. Антигистаминовые D. Антисеротониновые</p>	
<p>47.МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПРИСТУПА МИГРЕНИ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А. 72 часа В. 24 часа С. 6 часов D. 1 час</p>	
<p>48.КАКОВА В НОРМЕ КОНЦЕНТРАЦИЯ БЕЛКА В ЦСЖ:</p> <p>А. 0,15-0,45 г/л В. < 0,15 г/л С. 0,45-1,0 г/л D. >1,0 г/л</p>	
<p>49.РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ АНЕВРИЗМ ИМЕЕТ:</p> <p>А. сцинтиграфия В. ангиография С. компьютерная томография D. реоэнцефалография</p>	
<p>50.КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ГИПЕРДЕНСНЫЕ УЧАСТКИ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ЭКСТРАВАЗАТОВ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ:</p> <p>А. сразу после кровоизлияния В. через 3 ч после кровоизлияния С. через 6 ч после кровоизлияния D. через 12 ч после кровоизлияния</p>	

--	--

№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа
1	A	21	A	41	B
2	B	22	B	42	A
3	C	23	C	43	C
4	A	24	C	44	A
5	B	25	A	45	A
6	D	26	A	46	B
7	A	27	D	47	A
8	B	28	A	48	A
9	C	29	D	49	B
10	A	30	C	50	A
11	D	31	A		
12	C	32	B		
13	A	33	C		
14	B	34	C		
15	C	35	A		
16	A	36	C		
17	B	37	C		
18	C	38	A		
19	A	39	B		
20	B	40	D		

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.

Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Неврология» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – <https://sdo.pimunn.net/course/view.php?id=2823>

Разработчик(и):

Григорьева Вера Наумовна, д.м.н., профессор, зав.кафедрой нервных болезней

Зоркова Анна Викторовна, ассистент кафедры нервных болезней

Дата «12» января 2023 г.