

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине «Болевые синдромы в неврологии»
наименование

направление подготовки - 31.06.01- Клиническая медицина
шифр, наименование

направленность «Нервные болезни»
шифр, наименование

Квалификация выпускника:
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:
очная / заочная

Н.Новгород
2018

Фонд оценочных средств по дисциплине «Болевые синдромы в неврологии» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01- Клиническая медицина и направленности «Нервные болезни».

Текущий контроль по дисциплине «Болевые синдромы в неврологии» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Болевые синдромы в неврологии» проводится по итогам обучения и является обязательной.

1. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Болевые синдромы в неврологии»

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				Вид	Количество
1	Особенности семиотики и топической диагностики в нейроальгологии	УК-1	Знать: методы анализа современных научных достижений в области семиотики и топической диагностики в нейроальгологии	коллоквиум	1
			Уметь: анализировать современные научные достижения, генерировать новые идеи при решении исследовательских и практических задач в области семиотики и топической диагностики в нейроальгологии	тестирование компьютерное	9
			Владеть: организацией прикладных научных исследований в области семиотики и топической диагностики в нейроальгологии	реферат	2
		ОПК-4	Знать: основы организации проведения прикладных научных исследований в области семиотики и топической диагностики в нейроальгологии	коллоквиум	2
			Уметь: проводить прикладные научные исследований в области семиотики и топической диагностики в нейроальгологии	тестирование компьютерное	3
			Владеть: внедрять разработанные методы и методики в области		

			неврологии, направленные на охрану здоровья граждан в области лечения болевых синдромов в неврологии		
		ОПК-5	Знать: возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных в области семиотики и топической диагностики в нейроальгологии	коллоквиум	2
			Уметь: использовать лабораторную и инструментальную базы для получения научных данных в области нейроальгологии	реферат	1
			Владеть: Основами лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний при болевых синдромах в неврологии		
2	Болевые синдромы при заболеваниях периферической нервной системы. Полиневропатии. Невралгии.	УК-1	Знать: методы анализа современных научных достижений в области лечения болевых синдромов при заболеваниях периферической нервной системы.	коллоквиум	3
			Уметь: анализировать современные научные достижения, генерировать новые идеи при решении исследовательских и практических задач в области лечения болевых синдромов при заболеваниях периферической нервной системы.	тестирование компьютерное	8
			Владеть: организацией прикладных научных исследований в области лечения болевых синдромов при заболеваниях периферической нервной системы; основными понятиями, методами и критериями дифференциальной диагностики и лечения болевых синдромов при заболеваниях		

			периферической нервной системы.		
		ОПК-4	Знать: основы организации проведения прикладных научных исследований в области лечения болевых синдромов при заболеваниях периферической нервной системы.	коллоквиум	3
			Уметь: проводить прикладные научные исследований в области лечения болевых синдромов при заболеваниях периферической нервной системы.	тестирование компьютерное	2
			Владеть: внедрять разработанные методы и методики в области неврологии, направленные на охрану здоровья граждан в области лечения болевых синдромов при заболеваниях периферической нервной системы.		
		ОПК-5	Знать: возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения лечения болевых синдромов при заболеваниях периферической нервной системы.	коллоквиум	3
			Уметь: использовать лабораторную и инструментальную базы для получения научных данных в области лечения болевых синдромов при заболеваниях периферической нервной системы.	реферат	2
			Владеть: Основами лабораторной и инструментальной диагностики болевых синдромов при заболеваниях периферической нервной системы.		
3	Вертеброгенные поражения нервной системы.	УК-1	Знать: методы анализа современных научных достижений в области вертеброгенных поражений	коллоквиум	6

Клиника, диагностика, лечение.		нервной системы		
		Уметь: анализировать современные научные достижения, генерировать новые идеи при решении исследовательских и практических задач в области вертеброгенных поражений нервной системы	тестирование компьютерное	6
		Владеть: основными понятиями, методами и критериями дифференциальной диагностики, современными методами лечения в области вертеброгенных поражений нервной системы		
	ОПК-4	Знать: основы организации проведения прикладных научных исследований в области диагностики и лечения вертеброгенных поражений нервной системы	коллоквиум	6
		Уметь: проводить прикладные научные исследований в области диагностики и лечения вертеброгенных поражений нервной системы	тестирование компьютерное	5
		Владеть: внедрять разработанные методы и методики в области неврологии, направленные на охрану здоровья граждан в области диагностики и лечения вертеброгенных поражений нервной системы		
ОПК-5	Знать: возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных в области вертеброгенных поражений нервной системы	коллоквиум	6	

			<p>Уметь: использовать лабораторную и инструментальную базы для получения научных данных вертеброгенных поражениях нервной системы</p>	реферат	1
			<p>Владеть: Основами лабораторной и инструментальной диагностики вертеброгенных поражениях нервной системы</p>		
4	Болевой синдром при нейроинфекции. Герпетическая нейроинфекция. Клиника, диагностика, лечение.	УК-1	<p>Знать: методы анализа современных научных достижений в области диагностики и лечения болевого синдрома при нейроинфекциях.</p>	коллоквиум	4
			<p>Уметь: анализировать современные научные достижения, генерировать новые идеи при решении исследовательских и практических задач в области диагностики и лечения болевого синдрома при нейроинфекциях.</p>	тестирование компьютерное	2
		<p>Владеть: организацией прикладных научных исследований в области диагностики и лечения болевого синдрома при нейроинфекциях.</p>			
		ОПК-4	<p>Знать: основы организации проведения прикладных научных исследований в области диагностики и лечения болевого синдрома при нейроинфекциях.</p>	коллоквиум	4
		<p>Уметь: проводить прикладные научные исследований в области диагностики и лечения болевого синдрома при нейроинфекциях.</p>	реферат	1	
<p>Владеть: внедрять разработанные методы и методики в области нейрохирургии, направленные на охрану здоровья граждан в</p>					

			области диагностики и лечения болевого синдрома при нейроинфекциях.		
		ОПК-5	Знать: возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных в области болевого синдрома при нейроинфекциях.	коллоквиум	4
			Уметь: использовать лабораторную и инструментальную базы для получения научных данных в области болевого синдрома при нейроинфекциях.	собеседование по ситуационным задачам	2
			Владеть: Основами лабораторной и инструментальной диагностики в области болевого синдрома при нейроинфекциях.		
5	Цефалгический синдром. Мигрень. Головная боль напряжения. Кластерная цефалгия. Пароксизмальная гемикрания. Вторичная головная боль.	УК-1	Знать: методы анализа современных научных достижений в области диагностики и лечения цефалгического синдрома	коллоквиум	3
			Уметь: анализировать современные научные достижения, генерировать новые идеи при решении исследовательских и практических задач в области диагностики и лечения цефалгического синдрома	тестирование компьютерное	10
			Владеть: организацией прикладных научных исследований в области диагностики и лечения цефалгического синдрома	собеседование по ситуационным задачам	2
		ОПК-4	Знать: основы организации проведения прикладных научных исследований в области диагностики и лечения цефалгического синдрома	коллоквиум	3
			Уметь: проводить прикладные научные исследований в области диагностики и лечения цефалгического синдрома	тестирование компьютерное	3
			Владеть: внедрять разработанные методы		

			и методики в области нейрохирургии, направленные на охрану здоровья граждан в области диагностики и лечения цефалгического синдрома		
		ОПК-5	Знать: возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных диагностики и лечения цефалгического синдрома	коллоквиум	3
			Уметь: использовать лабораторную и инструментальную базы для получения научных данных в области диагностики и лечения цефалгического синдрома	Реферат	1
			Владеть: Основами лабораторной и инструментальной диагностики цефалгического синдрома		
6	Лицевая боль. Классификация. Невралгия, глоссалгия. Лицевая психалгия. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Дифференциальная диагностика, лечение	УК-1	Знать: методы анализа современных научных достижений в области диагностики и лечения лицевой боли	коллоквиум	3
			Уметь: анализировать современные научные достижения, генерировать новые идеи при решении исследовательских и практических задач в области диагностики и лечения лицевой боли	тестирование компьютерное	3
			Владеть: организацией прикладных научных исследований в области диагностики и лечения лицевой боли		
		ОПК-5	Знать: возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных диагностики и лечения лицевой боли	коллоквиум	3

			Уметь: использовать лабораторную и инструментальную базы для получения научных данных диагностики и лечения лицевой боли	собеседование по ситуационным задачам	1
			Владеть: Основами лабораторной и инструментальной диагностики при лицевой боли		
7	Невропатическая боль. Понятие.	УК-1	Знать: методы анализа современных научных достижений в области лечения невропатической боли	коллоквиум	10
			Уметь: анализировать современные научные достижения, генерировать новые идеи при решении исследовательских и практических задач в области лечения невропатической боли	тестирование компьютерное	4
			Владеть: организацией прикладных научных исследований в области лечения невропатической боли	реферат	1
		ОПК-4	Знать: основы организации проведения прикладных научных исследований в области лечения невропатической боли	коллоквиум	10
			Уметь: проводить прикладные научные исследований в области лечения невропатической боли	тестирование компьютерное	3
			Владеть: внедрять разработанные методы и методики в области неврологии, направленные на охрану здоровья граждан в области лечения невропатической боли		
		ОПК-5	Знать: возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных в области диагностики и лечения невропатической боли	коллоквиум	10
			Уметь: использовать лабораторную и	реферат	1

			инструментальную базы для получения научных данных в области диагностики и лечения невропатической боли		
			Владеть: Основами лабораторной и инструментальной диагностики при невропатической боли		
8	Лечение болевых синдромов при заболеваниях нервной системы. Нестероидные противовоспалительные препараты. Наркотические анальгетики. Механизм действия, способы применения, побочные эффекты. Немедикаментозные методы лечения боли. Временная блокада нервов. Стойкая блокада нерва и химическая абляция. Симпатическая блокада. Интраспинальные опиоиды. Нейростимуляция и нейроабляция. Психотерапия. Физиотерапевтические методы. Дополнительные и альтернативные методы лечения.	УК-1	Знать: методы анализа современных научных достижений в области лечения болевых синдромов при заболеваниях нервной системы	коллоквиум	10
			Уметь: анализировать современные научные достижения, генерировать новые идеи при решении исследовательских и практических задач в области лечения болевых синдромов при заболеваниях нервной системы	тестирование компьютерное	2
			Владеть: организацией прикладных научных исследований в области лечения болевых синдромов при заболеваниях нервной системы	Реферат	4
		ОПК-4	Знать: основы организации проведения прикладных научных исследований в области лечения болевых синдромов при заболеваниях нервной системы	коллоквиум	10
			Уметь: проводить прикладные научные исследований в области лечения болевых синдромов при заболеваниях нервной системы	Реферат	5
			Владеть: внедрять разработанные методы		

			и методики в области неврологии, направленные на охрану здоровья граждан в области лечения болевых синдромов при заболеваниях нервной системы		
		ОПК-5	Знать: возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных в области лечения болевых синдромов при заболеваниях нервной системы	коллоквиум	10
			Уметь: использовать лабораторную и инструментальную базы для получения научных данных в области лечения болевых синдромов при заболеваниях нервной системы	собеседование по ситуационным задачам	2
			Владеть: Основами лабораторной и инструментальной диагностики при лечении болевых синдромов при заболеваниях нервной системы		

2. Критерии и шкала оценивания

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
	глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование	твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя	знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и алгоритмов	незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

	<i>принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования</i>	<i>методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат</i>	<i>действий, испытывать затруднения при решении практических задач</i>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	--

3. Оценочные средства

(полный перечень оценочных средств)

3.1. Текущий контроль

3.1.1. Контролируемый раздел «Особенности семиотики и топической диагностики в нейроальгологии», формируемые компетенции УК-1, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5

3.1.1.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

1. Боль – это особый вид чувствительности, формирующийся под действием патогенного раздражителя, характеризующийся:
 - А) немедленным ответом организма на раздражитель
 - Б) субъективно неприятными ощущениями, а также существенными изменениями в организме, вплоть до серьёзных нарушений его жизнедеятельности и даже смерти**
 - В) субъективно неприятными ощущениями, не приводящими к каким-либо изменениям в организме
 - Г) резистентностью организма к данному раздражителю.
2. Характер висцеральной боли:
 - А) давящая, спастическая, тупая
 - Б) давящая, спастическая, острая
 - В) колющая
 - Г) распирающая
3. Формирование триггерных точек патогномично для:
 - А) нейропатического болевого синдрома
 - Б) вертеброгенного болевого синдрома
 - В) абдоминального болевого синдрома
 - Г) миофасциального болевого синдрома**
4. К «малым» диагностическим критериям миофасциального болевого синдрома относится:
 - А) уменьшение боли при растяжении пораженной мышцы
 - Б) характерная для данной пораженной мышцы зона отраженной боли
 - В) жалобы на локальную или региональную боль
 - Г) все варианты
5. Химические вещества, в минимальных концентрациях вызывающие болевое ощущение, называются:
 - А) аллогены;**
 - Б) ноцицепторы;
 - В) альгогены;
 - Г) психогены.

6. Иррадиирующая боль:

- А) локализуется в различных областях, удаленных от патологического очага
- Б) локализуется непосредственно в области патологического очага
- В) локализуется в органе, непосредственно прилегающем к патологическому очагу
- Г) не имеет патологического очага

7. Каузалгия- это:

- А) **патологически повышенная чувствительность ноцицепторов, в области, иннервируемой поврежденным периферическим нервом, сопровождающаяся жгучими болями и даже признаками воспаления без видимых местных повреждений;**
- Б)автоматически ложная локализация мозгом висцеральных болей в том участке тела или органе, который удален от места болевой стимуляции;
- В) синдром, характеризующийся возникновением постоянных мышечных болей, мышечного напряжения, а иногда - мышечной слабостью и вегетативной дисфункцией.
- Г) верно А и Б

8. Отраженная боль возникает:

- А) при поражении кожи и слизистых
- Б) при поражении внутренних органов и тканей
- В) **при патологических процессах, в глубоко расположенных тканях или внутренних органах**
- Г) при раздражении болевых рецепторов мышц, сухожилий, связок, суставов и костей

9. Хроническая боль – это:

- А) **боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления**
- Б) боль, которая не купируется приемом НПВС
- В) боль, которая имеет свойство самостоятельно исчезать
- Г) боль, которая продолжается на протяжении жизни, с эпизодами периодического ослабления и усиления

3.1.1.2. Рефераты для контроля компетенции УК-1:

1. Особенности семиотики и топической диагностики в нейроалгологии
2. Болевые синдромы при заболеваниях периферической нервной системы.

3.1.1.3. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4:

1. К «большим» диагностическим критериям миофасциального болевого синдрома относится:

- А) вздрагивание при пальпации триггерной точки пораженной мышцы
- Б) **пальпируемый в пораженной мышце "тугой" тяж**
- В) воспроизводимость боли при стимуляции триггерных точек
- Г) все варианты

2. Когда не выявлено объективных причин боли либо при несоответствии интенсивности боли и тяжести заболевания, наиболее распространенным тестом является:

- А) Опросник Мак – Гилла;
- Б) **Миннесотский многофакторный личностный опросник;**
- В) визуальная аналоговая шкала (ВАШ).
- Г) Шкала депрессии Гамильтона

3. Из тестов, позволяющих оценить боль, наибольшее распространение получил:

- А) опросник Марсея- Пруста;
- Б) Госпитальная шкала тревоги и депрессии
- В) опросник Мак-Гилла.
- Г) **Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)**

3.1.1.4. Реферат для контроля компетенции ОПК-5:

Головная боль. Современная классификация головной боли. Первичная и вторичная головная боль. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

3.1.2. Контролируемый раздел «Болевые синдромы при заболеваниях периферической нервной системы. Полиневропатии. Невралгии», формируемые компетенции УК-1, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5

3.1.2.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

1. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать:
 - А) Цитостатики
 - Б) Туберкулостатические препараты
 - В) Противомаларийные препараты
 - Г) **Верно А и Б**
2. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:
 - А) Анальгетиков
 - Б) Спазмолитиков
 - В) **Противосудорожных средств**
 - Г) Всего перечисленного
3. К неврогенным лицевым болям относятся:
 - А) Хроническая пароксизмальная гемикрания
 - Б) **Невралгия тройничного нерва**
 - В) Отраженные боли от мышц шеи и верхнего плечевого пояса
 - Г) Атипичные лицевые боли
4. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы:
 - А) На постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
 - Б) **На короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу**
 - В) На приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюнотечением
 - Г) На длительные боли
5. При классической невралгии тройничного нерва наблюдается:
 - А) Перманентный болевой синдром
 - Б) Гипалгезии на лице в области иннервации II и III ветвей тройничного нерва
 - В) **Курковые зоны на лице**
 - Г) Психомоторное возбуждение во время приступа
6. Для невралгии верхнегортанного нерва характерны:
 - А) Приступы болей в области гортани
 - Б) Пароксизмы кашля во время болевого приступа
 - В) Дисфония
 - Г) **Верно А и Б**
7. Для невралгии затылочного нерва характерны:
 - А) Боль в околоушной области
 - Б) **Боль в области затылка с иррадиацией в надплечье**
 - В) Болезненность при пальпации остистых отростков С3-С7
 - Г) Напряжение мышц шеи
8. Для невралгии языкоглоточного нерва характерны:
 - А) Приступы стреляющих болей в корне языка
 - Б) Приступы стреляющих болей в миндалинах
 - В) Наличие курковых зон в корне языка
 - Г) **Все перечисленное**

3.1.2.2. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4:

1. В период обострения невралгии тройничного нерва применяются:
 - А) Динамические токи на область выхода ветвей V нерва
 - Б) Грязевые аппликации на воротниковую зону
 - В) Электрофорез новокаина на область выхода ветвей V нерва
 - Г) **Верно А и В**
2. Наиболее эффективным методом терапии невралгии тройничного нерва является назначение:
 - А) Анальгетиков
 - Б) Спазмолитиков
 - В) **Противосудорожных средств**
 - Г) Всего перечисленного

3.1.2.3. Рефераты для контроля компетенции ОПК-5:

1. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия. Клиника, диагностика, лечение.
2. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия Гийена-Барре. Клиника, лечение.

3.1.3. Контролируемый раздел «Вертеброгенные поражения нервной системы. Клиника, диагностика, лечение», формируемые компетенции УК-1, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5

3.1.3.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

1. Компрессия корешка С3 клинически проявляется:
 - А) болью в области надплечья, ключицы
 - Б) **болью в соответствующей половине шеи**
 - В) болью в области шеи, надплечья, латеральной поверхности плеча
 - Г) боль в шее, лопатке, надплечье, иррадиирующая по радиальному краю руки к большому пальцу
2. Компрессия корешка LII (диск LI-LII) проявляется:
 - А) **болями и выпадением чувствительности по внутренним и передним поверхностям бедра, снижением коленных рефлексов**
 - Б) болями по передневнутренней поверхности бедра, снижением силы и последующей атрофией четырехглавой мышцы бедра, выпадением коленного рефлекса
 - В) болями в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра, передненаружной поверхности голени, внутренней поверхности стопы и большого пальца
 - Г) болями в ягодице с иррадиацией по наружному краю бедра, голени и стопы
3. Причина боли при остеохондрозе позвоночника:
 - А) **вертеброгенная**
 - Б) невертеброгенная
 - В) соматогенная
 - Г) Сосудистая
4. Вертеброгенный болевой синдром характеризуется болью в:
 - А) спине
 - Б) голове
 - В) конечностях
 - Г) **А и В**
5. Наиболее частые причины вертеброгенных болей:

- А) спондилоартроз
- Б) остеомалация
- В) остеохондроз
- Г) **А и В**

6. Компрессия корешка С5 клинически проявляется:

- А) болью в области надплечья, ключицы
- Б) болью в соответствующей половине шеи
- В) **болью в области шеи, надплечья, латеральной поверхности плеча**
- Г) боль в шее, лопатке, надплечье, иррадиирующая по радиальному краю руки к большому пальцу

3.1.3.2. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4:

1. К консервативным методам лечения подострого периода болей в спине относятся:

- А) Лечебная физкультура
- Б) витамины группы В
- В) физиотерапии
- Г) **все вышеуказанные**

2. Нейрохирургическое лечение болей в спине показано при:

- А) симптомах, свидетельствующих о сдавлении спинного мозга или конского хвоста
 - Б) радикулопатии с нарастающим парезом
 - В) при выраженном стойком болевом синдроме и неэффективности консервативной терапии, проводимой в течение не менее 4 мес.
- в условиях специализированного стационара

Г) **все вышеуказанные**

3. Препаратом выбора для медикаментозного лечения вертеброгенного болевого синдрома является:

- А) **диклофенак**
- Б) парацетамол
- В) нурофен
- Г) аспирин

4. К консервативным методам лечения болей в спине в период ремиссии относятся:

- А) **лечебная физкультура**
- Б) НПВС в профилактических дозах
- В) новокаиновые блокады
- Г) все вышеуказанные

5. Методы лечения болей спине

- А) только консервативное
- Б) только нейрохирургическое
- В) **консервативное и нейрохирургическое**
- Г) нет правильного ответа

3.1.3.3. Реферат для контроля компетенции ОПК-5:

Вертеброгенные поражения нервной системы. Клиника, диагностика, лечение.

3.1.4. Контролируемый раздел «Болевой синдром при нейроинфекции.

Герпетическая нейроинфекция. Клиника, диагностика, лечение», формируемые компетенции УК-1, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5

3.1.4.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

1. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и на ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла:

- А. Вестибулярного
- Б. Крылонебного
- В. Коленчатого**
- Г. Гассерова

2. Для ганглионита коленчатого узла характерны:

- А) Боли в области уха с иррадиацией в затылок
- Б) Герпетические высыпания в ушной раковине
- В) Нарушения вкуса на задней 1/3 языка
- Г) Верно А и Б**

3.1.4.2 Реферат для контроля компетенции ОПК-4:

Болевой синдром при нейроинфекции. Герпетическая нейроинфекция. Клиника, диагностика, лечение.

3.1.4.3. Задачи для контроля компетенции ОПК-5:

ЗАДАЧА № 1

Больная М., 42 лет, поступила в отделение с жалобами на нарастающую головную боль, общую слабость, повышение температуры тела, тошноту, периодическую рвоту, снижение аппетита. Считает себя больной с конца ноября текущего года, когда появились повышение температуры тела.

В середине ноября у больной был эпизод неадекватного поведения с психомоторным возбуждением. При поступлении больная в сознании, ориентирована, эмоционально лабильна, временами манерна в поведении. За последний месяц потеряла в массе тела около 6 кг. Временами стонет от головной боли и мечется в постели, но при осмотре врачом ведет себя спокойно. Со стороны внутренних органов заметных отклонений нет. Пульс 90 в 1 мин, АД 140/75 мм рт. ст.

В неврологическом статусе недостаточность конвергенции, снижение глоточного рефлекса, парезов нет, мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы оживлены, выше слева. Брюшные рефлексы не вызываются. Грубая ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига с угла 135°.

ЦСЖ в день поступления: 74 клетки в 1 мкл (лимф.48%, нейтр.34%, макроф.18%), белок 1,98 г/л.

В крови лейкоцитоз $12,8 \cdot 10^9$ со сдвигом влево. В анализе мочи патологии не выявлено.

Повторное исследование ЦСЖ через 6 дней выявило снижение цитоза до 37 клеток (лимф.74%, нейтр.26%, макроф.10%), белок 1,32 г/л, сахар 1,6 ммоль/л при уровне сахара в крови 6,6 ммоль/л. Результаты микроскопии ЦСЖ и посева на бактериальные и грибковые возбудители, в том числе микобактерии туберкулеза оказались отрицательными.

Исследование глазного дна без патологии.

ЭЭГ: дезорганизация корковых ритмов, преобладание бета-активности в передних отделах мозга, более выраженное справа. Р-графия органов грудной клетки и придаточных пазух носа патологии не выявила.

УЗИ внутренних органов определило увеличение правой доли печени, тяжесть и пестроту ткани. При УЗИ щитовидной железы выявлен узловой зоб; при УЗИ органов малого таза видимых изменений не обнаружено. Осмотр ЛОР-органов: хр. тонзиллит вне обострения.

На МРТ головного мозга в T1- и T2-режимах патологические изменения интенсивности сигнала в веществе мозга не определялись, структуры симметричны. Обращала на себя внимание плохая визуализация субарахноидального пространства полушарий. После введения контрастного вещества наблюдалось его интенсивное накопление паутинной

оболочкой в проекции субарахноидального пространства полушарий и червя мозжечка, супраселлярного пространства, частично субарахноидального пространства полушарий большого мозга.

Через 3 недели состояние больной ухудшилось: усилились вялость, сонливость, общая слабость, выросла головная боль. При неврологическом осмотре выявлены снижение фотореакции зрачков, недоведение правого глазного яблока кнаружи. Редуцированный синдром Парино: при взгляде вверх отсутствие подвижности правого глазного яблока, левое глазное яблоко в это время отклоняется вверх и кнаружи. Появились бульбарные расстройства: дисфония, дизартрия, дисфагия, девиация языка влево. Развился умеренно выраженный правосторонний гемипарез с повышением сухожильных рефлексов на руке и отсутствием коленных и ахилловых рефлексов, рефлекс Бабинского справа. Сохранились грубые менингеальные симптомы. ЦСЖ через месяц после поступления: жидкость слегка желтоватая, прозрачная, цитоз 52 клетки в 1 мкл (нейтр.70%, лимф.10%, макроф.20%). Белок 0,6 г/л, сахар 1,9 ммоль/л. Бактериологическое исследование ЦСЖ дало отрицательные результаты. Исследования крови в динамике болезни выявили ее стойкий лейкоцитоз $(16,5-19,0) \cdot 10^9$ со сдвигом формулы влево. Ускорение СОЭ (42-60 мм/ч). После эпизода кратковременного улучшения состояние вновь ухудшилось, выросли общемозговые явления, присоединилась двусторонняя пневмония. При явлениях отека мозга больная умерла.

Поставьте диагноз. Какое лечение предложили бы Вы?

ЗАДАЧА №2

Больной В., 52 г., поступил в больницу в тяжелом состоянии. Со слов родственников, болен около 2 нед. Заболевание началось с головной боли, слабости, затем появились боли в шее, субфебрильная температура, которая нарастала с развитием болезни. Состояние прогрессивно ухудшалось, температура тела повысилась до 39-40°C, появились неустойчивость при ходьбе, рвота, икота.

Работает туристическим агентом, часто бывает за границей. Разведен, имеет взрослую дочь. Страдает бронхиальной астмой и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Жалуется на головную боль, слабость, тошноту. На вопросы отвечает односложно, быстро истощается. Не полностью ориентирован в месте и времени. Температура тела 37,5°C, АД 150/90 мм рт. ст., пульс 72 в 1 мин, язык обложен. Печень выступает на 0,5-1 см из подреберья. Лимфоузлы обычной величины, безболезненны.

При неврологическом осмотре - парез лицевого и подъязычного нервов по центральному типу справа, правосторонний гемипарез. Ригидность затылочных мышц на 3 см, положительный симптом Кернига с угла 135°.

ЦСЖ: цитоз 16 в 1 мкл, белок 0,49 г/л. Анализ крови: НЬ 127 г/л, эр. $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, цв. пок. 0,9, лейкоц. $8,3 \cdot 10^9$ /л, п.-3%, с.-84%. лимф.-11%, мон.- 2%; СОЭ 40 мм/ч. Реакция Вассермана — отрицательная.

Проведена МРТ головного мозга, которая выявила в коре и белом веществе лобно-височно-теменных областей обеих полушарий (больше слева), в левом зрительном бугре, а также в левом полушарии мозжечка множественные обширные участки неоднородно пониженной интенсивности сигнала в режиме T1 -взвешенного изображения и неоднородно повышенного сигнала в режиме T2-взвешенного изображения. При введении контрастного вещества наблюдалось его неравномерное накопление в пределах описанных участков. Выявлены признаки выраженного объемного воздействия — смещение срединных структур слева направо, компрессия бокового и III желудочков; плохо визуализировалось субарахноидальное пространство левого полушария. Заключение: полученные данные могут соответствовать изменениям воспалительного характера.

Состояние больного прогрессивно ухудшалось на фоне высокой температуры тела (38—39°C) с суточными размахами до 3°C. Нарастало нарушение сознания, на 2-е сутки

пребывания в больнице развилась кома. Зрачки широкие, реакция на свет резко снижена, постоянная икота. Тахипноэ (34 дыхания в 1 мин), ослабление дыхания справа, влажные хрипы в обоих легких. Переведен на искусственную вентиляцию легких. Тонус в правых конечностях низкий, в левых высокий. Глубокие рефлексy с правых конечностей не вызываются, с левых повышены, симптом Бабинского справа. Выраженный менингеальный синдром.

ЦСЖ:цитоз 14 клеток в 1 мкл, белок 0,99 г/л, сахар 3,8 ммоль. Посев ЦСЖ на микрофлору и исследование крови на гемокультуру отрицательные. Состояние больного продолжало ухудшаться, и на 7-е сутки госпитализации он умер.

Дополнительные данные?

Поставьте диагноз.

3.1.5. Контролируемый раздел «Цефалгический синдром. Мигрень. Головная боль напряжения. Кластерная цефалгия. Пароксизмальная гемикрания. Вторичная головная боль», формируемые компетенции УК-1, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5

3.1.5.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

1. Продолжительность приступа пучковой головной боли:

- А) от 15 минут до 3 часов**
- Б) 3-5 часов
- В) одномоментное болевое ощущение
- Г) более 5 часов

2. Мигрень – это:

- А) периодические, затрагивающие одну половину головы, пульсирующие боли, часто сопровождающиеся тошнотой и рвотой**
- Б) периодические, затрагивающие обе половины головы, пульсирующие боли, часто сопровождающиеся тошнотой и рвотой
- В) периодические, затрагивающие одну половину головы, давящие боли, не сопровождающиеся тошнотой и рвотой
- Г) постоянные, затрагивающие одну половину головы, пульсирующие боли, часто сопровождающиеся тошнотой и рвотой

3. Тяжелые, эпизодические пульсирующие односторонние головные боли, сопровождающиеся расширением зрачка на той же стороне и интенсивным потоотделением на лице, обозначают термином:

- А) мигрень
- Б) кластерная головная боль**
- В) посттравматическая цефалгия в результате поражения функции симпатической нервной системы
- Г) головная боль напряжения

4. Для мигренозного статуса не характерны:

- А) Серия тяжелых, следующих друг за другом приступов
- Б) Повторная многократная рвота
- В) Тонико-клонические судороги**
- Г) Повышение внутричерепного давления

5. Ведущим вазомоторным фактором алгической стадии приступа мигрени считается:

- А) Спазм артерий вертебробазилярной системы
- Б) Спазм артерий в системе наружной сонной артерии
- В) Спазм артерий в системе внутренней сонной артерии**
- Г) Дилатация ветвей внутренней сонной артерии

6. Приступ мигрени с аурой от других форм мигрени отличает наличие:

А) Предвестников

- Б) Двусторонней локализации боли в височной области
- В) Рвоты на высоте приступа
- Г) Преходящих очаговых неврологических симптомов

7. Продолжительность приступа больше при следующей форме мигрени:

- А) Классической (офтальмической)
- Б) Ассоциированной
- В) Простой

Г) Различий в продолжительности приступа нет

8. Приступы «менструальной» мигрени чаще бывают:

- А) В течение предшествующей менструации недели

Б) В первые дни менструации

- В) В последние дни менструации

Г) Сразу после окончания менструации

9. Характерна ли неврологическая симптоматика (нарушение зрения, головокружение, шум в ушах) для продромального периода мигрени?

А) да**Б) нет**

- В) только при наличии провоцирующих факторов

- Г) только при мигрени с аурой

10. Хроническая пароксизмальная гемикрания

- Б) Невралгия тройничного нерва

- В) Отраженные боли от мышц шеи и верхнего плечевого пояса

- Г) Атипичные лицевые боли

3.1.5.2. Задачи для контроля компетенции УК-1:**Задача №1.**

Больная Ш., 20 лет. Обратилась в приемное отделение с жалобами на приступообразную интенсивную головную боль в левой височной области, рвоту. Больна с 13-летнего возраста. Вначале приступы возникали 3-4 раза в год, но в последние 2 года стали повторяться 2-3 раза в месяц. Интенсивность боли увеличилась, периодически на высоте приступа появлялась рвота. Больная предчувствует появление приступа, уже за несколько часов до него отмечает тяжесть в голове, снижение настроения и работоспособности. Нередко непосредственно перед приступом на 10-15 минут ухудшается зрение, не различает предметы справа. Перед глазами возникает мерцающая линия. Мать больной страдает гипертонической болезнью.

При осмотре: сознание ясное, лицо бледное, прижимает пальцы к левому виску, предпочитает лежать на левом боку. Пульс ритмичный, 78 ударов в 1 мин. Тоны сердца звучные, АД- 110/65 мм рт.ст. Дыхание свободное, равномерное, 16 в 1 мин. Функция черепных нервов не нарушена. Активные движения в полном объеме. Сухожильные рефлексы оживлены d=s. Патологических рефлексов нет; менингеальные симптомы не обнаружены. Местный дермографизм на передней поверхности грудной клетки двухфазный, красная линия с белой каймой по сторонам.

Поставьте клинический диагноз. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 2

Больной Т., 28 лет, поступил с жалобами на рвущие, давящие боли в лобно-височно-теменной области и за глазным яблоком справа, сопровождающиеся ощущением его выдавливания, слезотечением, покраснением склеры и кожи периорбитальной области и серозно-водянистыми выделениями из правого носового хода. Два года назад среди полного благополучия возник первый приступ болей. В дальнейшем в течение месяца приступы стали повторяться с частотой в три дня, протекали обычно в первую половину суток и длились около часа. Чувство голода и прием алкоголя провоцировали приступ. Во время приступа больной всегда ходит, массируя лоб и висок, находясь в раздражённом состоянии. Внезапно приступы прекратились, и в течение года пациент чувствовал себя хорошо. Затем приступы появились вновь, стали чаще: 2-3 раза в сутки, продолжительностью до 80 мин., и приобрели жёсткую временную зависимость: в 9-10 часов утра и в 2-3 часа ночи. У бабушки по линии матери – мигрень.

Объективно вне приступа: АД 130/80 мм рт. ст., слегка шире правая глазная щель, легкий экзофтальм справа и анизокория D>S. Другой патологии нет.

ЭКГ – синусовая брадикардия. Глазное дно, краниограмма в норме.

РЭГ – легкая межполушарная асимметрия кровенаполнения с низким тонусом сосудов с преобладанием изменений справа.

Поставьте диагноз, определите тактику ведения больного.

3.1.5.3. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4:

1. Для предупреждения приступа «менструальной» мигрени целесообразно назначение:

- А) Альфа-адреноблокаторов
- Б) Бета-адреноблокаторов
- В) Антисеротониновых препаратов
- Г) **Нестероидных противовоспалительных препаратов**

2. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты:

- А) Противорвотные
- Б) Глюкокортикоиды
- В) **Антихолинергические**
- Г) Транквилизаторы

3. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты:

- А) **Триптаны**
- Б) Сосудорасширяющие
- В) Антигистаминовые
- Г) Антисеротониновые

3.1.5.4. Реферат для контроля компетенции ОПК-5:

Головная боль напряжения. Инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

3.1.6. Контролируемый раздел «Лицевая боль. Классификация. Невралгия, глоссалгия. Лицевая психалгия. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Дифференциальная диагностика, лечение», формируемые компетенции УК-1, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5

3.1.6.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

1. Для невралгии носоресничного нерва характерны:

- А Приступообразные боли в области глаза и носа
- Б Приступообразные боли в лобно-височно-затылочной области
- В Ринорея, слезотечение

Г Верно А и В

2. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы:

- А. На постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
- Б. На короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу**
- В. На приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюнотечением
- Г. На длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения

3. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

- А. Анальгетиков
- Б. Спазмолитиков

В. Противосудорожных средств

- Г. Всего перечисленного
- Д. Ничего из перечисленного

3.1.6.2. Реферат для контроля компетенции ОПК-4:

Классификация лицевых болей. Дифференциальная диагностика, лечение.

3.1.6.3. Задача для контроля компетенции ОПК-5:

ЗАДАЧА №1

Больная Г.Н., 52 лет, обратилась с жалобами на интенсивные боли в области правого глаза и надбровья. Больна около суток.

При осмотре: общее состояние ближе к удовлетворительному. Пульс ритмичный, 80 в мин., АД- 120/70 мм рт.ст. Температура тела – 37°С. В области верхнего века правого глаза и лба справа кожа гиперемирована, здесь же пузырьковые высыпания, распространяющиеся на волосистую часть головы. Глаз слезится. Зрачки равномерные. Отдельные горизонтальные нистагmoidные подергивания глазных яблок. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Патологических знаков и менингеальных симптомов нет.

Поставьте топический и клинический диагноз. Назначьте лечение.

3.1.7. Контролируемый раздел «Невропатическая боль. Понятие», формируемые компетенции УК-1, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5

3.1.7.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

1. Нейропатический болевой синдром – это болевой синдром, обусловленный:
 - А) поражением вегетативной нервной системы
 - Б) поражением корешков спинного мозга
 - В) поражением некоторых структур головного мозга
 - Г) поражением соматосенсорной нервной системы**

2. К нейропатической боли относится:

А) миофасциальный болевой синдром

Б) туннельный синдром

В) хронический болевой синдром

Г) нелокализованный характер боли

3. К центральной нейропатической боли относится:

А) постгерпетическая невралгия

Б) синингомиелия

В) комплексный регионарный болевой синдром

Г) все варианты

4. К периферической нейропатической боли относится:

А) идиопатическая сенсорная нейропатия

Б) сосудистая миелопатия

В) боль при рассеянном склерозе Г) все варианты

3.1.7.2. Реферат для контроля компетенции УК-1:

Понятие о нейропатической боли. Центральная боль. Таламическая боль. Патогенез.

3.1.7.3. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4:

1. Препараты, подавляющие спонтанную нейрональную импульсацию, играющие главную роль в генезе нейропатических расстройств, показанные при нейропатической боли, особенно при невралгии тройничного нерва:

А)нейролептики;

Б) кортикостероиды;

В) противосудорожные препараты.

Г) НПВС

2. Для устранения туннельной нейропатии в основном используют:

А) хирургическую декомпрессию;

Б) системную терапию кортикостероидными препаратами;

В) блокаду местными анестетиками.

Г) физиотерапию

3. Нейропатия, возникающая при ущемлении двигательных, чувствительных и смешанных нервов, часто остается нераспознанной и возникает в той анатомической области, где нерв проходит через узкий канал или промежуток, носит название:

А)Каузалгия;

Б)Фантомная боль;

В) Туннельная нейропатия.

Г) Психогенная боль

3.1.7.4. Реферат для контроля компетенции ОПК-5:

Диабетическая полиневропатия: патогенез, клиника, диагностика, лечение.

3.1.8. Контролируемый раздел «Лечение болевых синдромов при заболеваниях нервной системы», формируемые компетенции УК-1, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5

3.1.8.1. Тестовые задания для контроля компетенции УК-1:

1. К 1-ому уровню препаратов для купирования онкогенной боли относится:

А) неопиоидные препараты + слабые опиоиды

Б) неопиоидные препараты

- В) спинальная анальгезия
 - Г) неопиоидные препараты + сильные опиоиды
2. Лекарственное средство для купирования умеренной боли:
- А) слабый опиоидный анальгетик
 - Б) сильное наркотическое средство
 - В) неопиоидный анальгетик
 - Г) А и В

3.1.8.2. Рефераты для контроля компетенции ОПК-4:

1. Нестероидные противовоспалительные препараты. Группы. Показания. Механизм действия. Побочные эффекты.
2. Наркотические анальгетики. Виды. Механизм действия. Способы применения опиоидов. Побочные эффекты.
3. Немедикаментозные методы лечения боли.
4. Интраспинальные опиоиды. Нейростимуляция и нейроабляция.
5. Психотерапия. Физиотерапевтические методы. Дополнительные и альтернативные методы лечения.

3.1.8.3. Задачи для контроля компетенции ОПК-5:

ЗАДАЧА № 1

Больная С., 52 года, поступила в неврологическую клинику с жалобами на головные боли в теменно-затылочной области давящего характера при повышении АД до 220/120 мм рт. ст. (при рабочем АД 150—160/90 мм рт. ст.). При активном расспросе выявлены жалобы на невозможность вспомнить слова, голос стал более тихим, больная стала чаще плакать по пустякам, появились приступы смеха, нарушение функции тазовых органов в виде недержания мочи, появления императивных позывов, замедленность походки.

Анамнез болезни был собран со слов сына в виду снижения памяти у больной. Гипертоническая болезнь около 30 лет. 5 лет назад впервые было отмечено появление забывчивости при волнении, совершении финансовых операций. Критично относилась к своему состоянию. Перестав справляться с работой, уволилась. Затем появилась апатия, проявлявшаяся в виде безразличия к окружающим, домашним обязанностям. Через год возникли изменения в походке в виде замедленности движений, изменение позы в виде наклона туловища кпереди.

Объективно состояние удовлетворительное. Дыхание ослабленное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС - 76 уд. в мин. АД 160/90 мм рт. ст.

Неврологический статус. Больная контактна, недостаточно чётко ориентирована в месте и времени. Память снижена на текущие события. Отмечается эхопраксия, выраженные моторные персеверации. Речевая активность снижена, испытывает трудности при назывании предметов. Псевдобульбарный синдром в виде насильственного смеха, плача, оживления нижнечелюстного рефлекса, симптома Маринеску-Радовичи, дистанс-орального рефлекса Карчикяна. Изменение осанки по типу позы просителя, повышение тонуса в нижних конечностях по пластическому типу гипомимия, шаркающая походка с топотанием при поворотах. Сухожильные рефлексы d>s, рефлекс Россолимо с обеих сторон.

Общий анализ крови и мочи без патологии. Биохимия крови в норме.

ЭКГ - синусовый ритм, горизонтальное направление эл. оси сердца, изменения миокарда гипертрофированного левого желудочка.

Ангиопатия сетчатки гипертонического характера.

УЗДГ - атеросклеротические изменения экстракраниальных отделов сонных и позвоночных артерий без признаков гемодинамически значимых препятствий кровотоку.

Дополнительные данные.
Поставьте диагноз, назначьте лечение

ЗАДАЧА № 2

Больная Т.М., 28 лет, временно не работает, ухаживает за малолетним ребёнком. Поступила в больницу на 14-й день болезни с жалобами на головную боль, повышение температуры тела, тошноту, периодическую рвоту. Заболевание начиналось постепенно: появились общая слабость, умеренная головная боль, субфебрильная температура тела, боли в мышцах и суставах. Принимала анальгетики, но состояние не улучшалось.

При поступлении состояние средней степени тяжести, температура тела 37,3°C, пульс 82 в мин, АД 120/80 мм рт. ст.

При неврологическом осмотре определялись ригидность мышц шеи и симптом Кернига под углом 120°. Других нарушений не обнаружено.

Исследование цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) выявило увеличение клеточного состава до 275 клеток в 1 мкл с преобладанием лимфоцитов (лимфоциты 67%, нейтрофилы 33%), белок – 0,495 г/л, сахар – 1,25 ммоль/л. Бактериоскопия ЦСЖ была негативной. В крови умеренный лейкоцитоз ($11,9 \times 10^9$) и ускоренная СОЭ (45мм/ч).

Исследования на наличие вирусов простого герпеса, ВИЧ-инфекцию и сифилис были отрицательными.

На ЭЭГ определялась умеренная дезорганизация основных ритмов с дисфункцией стволовых структур.

Было проведено лечение левомецетином, затем начата терапия цефалоспорином; уменьшилась головная боль, тошнота. Однако, температура тела оставалась субфебрильной.

На 11-12 день на фоне лечения больная стала жаловаться на периодическое онемение левой половины лица и языка, нечёткость и двоение при взгляде вправо. Появился ротаторный и горизонтальный нистагм. В крови увеличился лейкоцитоз до $14,8 \times 10^9$.

Исследование ЦСЖ на 14-й день болезни обнаружило увеличение цитоза до 356 в 1мкл (лимфоциты 90%, нейтрофилы 10%), белок – 0,495 г/л, сахар – 1,2ммоль/л.

Осмотр глазного дна: начальные застойные явления дисков зрительных нервов.

Состояние больной продолжало ухудшаться. Усилились неврологические нарушения: постоянный нистагм, гипестезия лица слева, повысились сухожильные рефлексы, появились клonusы стоп, непостоянный симптом Бабинского слева, парез правого отводящего нерва.

На МРТ головного мозга: расширение боковых и III желудочков, сильвиева водопровода; задняя черепная ямка без видимой патологии.

Ваше мнение о тактике ведения пациентки? Какое лечение бы Вы предложили?

3.2. Промежуточный контроль

3.2.1. Контролируемая компетенция УК-1 «Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях»

3.2.1.1. Тестовые задания

1. Боль – это особый вид чувствительности, формирующийся под действием патогенного раздражителя, характеризующийся:
- А) немедленным ответом организма на раздражитель
 - Б) субъективно неприятными ощущениями, а также существенными изменениями в организме, вплоть до серьёзных нарушений его жизнедеятельности и даже смерти**
 - В) субъективно неприятными ощущениями, не приводящими к каким-либо изменениям в организме
 - Г) резистентностью организма к данному раздражителю.
2. Характер висцеральной боли:
- А) давящая, спастическая, тупая
 - Б) давящая, спастическая, острая
 - В) колющая
 - Г) распирающая
3. Формирование триггерных точек патогномично для:
- А) нейропатического болевого синдрома
 - Б) вертеброгенного болевого синдрома
 - В) абдоминального болевого синдрома
 - Г) **миофасциального болевого синдрома**
4. К «малым» диагностическим критериям миофасциального болевого синдрома относится:
- А) уменьшение боли при растяжении пораженной мышцы
 - Б) характерная для данной пораженной мышцы зона отраженной боли
 - В) жалобы на локальную или региональную боль
 - Г) все варианты
5. Химические вещества, в минимальных концентрациях вызывающие болевое ощущение, называются:
- А) аллогены;**
 - Б) ноцицепты;
 - В) альгогены;
 - Г) психогены.
6. Иррадиирующая боль:
- А) локализуется в различных областях, удаленных от патологического очага**
 - Б) локализуется непосредственно в области патологического очага
 - В) локализуется в органе, непосредственно прилегающем к патологическому очагу
 - Г) не имеет патологического очага
7. Каузалгия- это:
- А) патологически повышенная чувствительность ноцицепторов, в области, иннервируемой поврежденным периферическим нервом, сопровождающаяся жгучими болями и даже признаками воспаления без видимых местных повреждений;**
 - Б) автоматически ложная локализация мозгом висцеральных болей в том участке тела или органе, который удален от места болевой стимуляции;
 - В) синдром, характеризующийся возникновением постоянных мышечных болей, мышечного напряжения, а иногда - мышечной слабостью и вегетативной дисфункцией.
 - Г) верно А и Б
8. Отраженная боль возникает:
- А) при поражении кожи и слизистых
 - Б) при поражении внутренних органов и тканей
 - В) при патологических процессах, в глубоко расположенных тканях или внутренних органах**
 - Г) при раздражении болевых рецепторов мышц, сухожилий, связок, суставов и костей
9. Хроническая боль – это:

А) боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления

Б) боль, которая не купируется приемом НПВС

В) боль, которая имеет свойство самостоятельно исчезать

Г) боль, которая продолжается на протяжении жизни, с эпизодами периодического ослабления и усиления

9. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать:

А) Цитостатики

Б) Туберкулостатические препараты

В) Противомаларийные препараты

Г) Верно А и Б

10. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

А) Анальгетиков

Б) Спазмолитиков

В) Противосудорожных средств

Г) Всего перечисленного

11. К неврогенным лицевым болям относятся:

А) Хроническая пароксизмальная гемикрания

Б) Невралгия тройничного нерва

В) Отраженные боли от мышц шеи и верхнего плечевого пояса

Г) Атипичные лицевые боли

12. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы:

А) На постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица

Б) На короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу

В) На приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением

Г) На длительные боли

13. При классической невралгии тройничного нерва наблюдается:

А) Перманентный болевой синдром

Б) Гипалгезии на лице в области иннервации II и III ветвей тройничного нерва

В) Курковые зоны на лице

Г) Психомоторное возбуждение во время приступа

14. Для невралгии верхнегортанного нерва характерны:

А) Приступы болей в области гортани

Б) Пароксизмы кашля во время болевого приступа

В) Дисфония

Г) Верно А и Б

15. Для невралгии затылочного нерва характерны:

А) Боль в околоушной области

Б) Боль в области затылка с иррадиацией в надплечье

В) Болезненность при пальпации остистых отростков С3-С7

Г) Напряжение мышц шеи

8. Для невралгии языкоглоточного нерва характерны:

А) Приступы стреляющих болей в корне языка

Б) Приступы стреляющих болей в миндалинах

В) Наличие курковых зон в корне языка

Г) Все перечисленное

16. Компрессия корешка С3 клинически проявляется:

А) болью в области надплечья, ключицы

Б) болью в соответствующей половине шеи

В) болью в области шеи, надплечья, латеральной поверхности плеча

Г) боль в шее, лопатке, надплечье, иррадирующая по радиальному краю руки к большому пальцу

17.. Компрессия корешка LII (диск LI-LII) проявляется:

- А) **болями и выпадением чувствительности по внутренним и передним поверхностям бедра, снижением коленных рефлексов**
- Б) болями по передневнутренней поверхности бедра, снижением силы и последующей атрофией четырехглавой мышцы бедра, выпадением коленного рефлекса
- В) болями в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра, передненааружной поверхности голени, внутренней поверхности стопы и большого пальца
- Г) болями в ягодице с иррадиацией по наружному краю бедра, голени и стопы

18. Причина боли при остеохондрозе позвоночника:

- А) **вертеброгенная**
- Б) невертеброгенная
- В) соматогенная
- Г) Сосудистая

19.. Вертеброгенный болевой синдром характеризуется болью в:

- А) спине
- Б) голове
- В) конечностях
- Г) **А и В**

20.. Наиболее частые причины вертеброгенных болей:

- А) спондилоартроз
- Б) остеомаляция
- В) остеохондроз
- Г) **А и В**

21.. Компрессия корешка C5 клинически проявляется:

- А) болью в области надплечья, ключицы
- Б) болью в соответствующей половине шеи
- В) **болью в области шеи, надплечья, латеральной поверхности плеча**
- Г) боль в шее, лопатке, надплечье, иррадирующая по радиальному краю руки к большому пальцу

22. Для ганглионита коленчатого узла характерны:

- А) Боли в области уха с иррадиацией в затылок
- Б) Герпетические высыпания в ушной раковине
- В) Нарушения вкуса на задней 1/3 языка
- Г) **Верно А и Б**

23. Продолжительность приступа пучковой головной боли:

- А) **от 15 минут до 3 часов**
- Б) 3-5 часов
- В) одномоментное болевое ощущение
- Г) более 5 часов

24. Мигрень – это:

- А) **периодические, затрагивающие одну половину головы, пульсирующие боли, часто сопровождающиеся тошнотой и рвотой**
- Б) периодические, затрагивающие обе половины головы, пульсирующие боли, часто сопровождающиеся тошнотой и рвотой
- В) периодические, затрагивающие одну половину головы, давящие боли, не сопровождающиеся тошнотой и рвотой

Г) постоянные, затрагивающие одну половину головы, пульсирующие боли, часто сопровождающиеся тошнотой и рвотой

25.. Тяжелые, эпизодические пульсирующие односторонние головные боли, сопровождающиеся расширением зрачка на той же стороне и интенсивным потоотделением на лице, обозначают термином:

А) мигрень

Б) **кластерная головная боль**

В) посттравматическая цефалгия в результате поражения функции симпатической нервной системы

Г) головная боль напряжения

26.. Для мигренозного статуса не характерны:

А) Серия тяжелых, следующих друг за другом приступов

Б) Повторная многократная рвота

В) **Тонико-клонические судороги**

Г) Повышение внутричерепного давления

27.. Ведущим вазомоторным фактором алгической стадии приступа мигрени считается:

А) Спазм артерий вертебробазилярной системы

Б) Спазм артерий в системе наружной сонной артерии

В) **Спазм артерий в системе внутренней сонной артерии**

Г) Дилатация ветвей внутренней сонной артерии

28.. Приступ мигрени с аурой от других форм мигрени отличает наличие:

А) **Предвестников**

Б) Двусторонней локализации боли в височной области

В) Рвоты на высоте приступа

Г) Преходящих очаговых неврологических симптомов

29.. Продолжительность приступа больше при следующей форме мигрени:

А) Классической (офтальмической)

Б) Ассоциированной

В) Простой

Г) **Различий в продолжительности приступа нет**

30. Приступы «менструальной» мигрени чаще бывают:

А) В течение предшествующей менструации недели

Б) **В первые дни менструации**

В) В последние дни менструации

Г) Сразу после окончания менструации

31.. Характерна ли неврологическая симптоматика (нарушение зрения, головокружение, шум в ушах) для продромального периода мигрени?

А) **да**

Б) нет

В) только при наличии провоцирующих факторов

Г) только при мигрени с аурой

32. **Хроническая пароксизмальная гемикрания**

Б) Невралгия тройничного нерва

В) Отраженные боли от мышц шеи и верхнего плечевого пояса

Г) Атипичные лицевые боли

33. Для невралгии носоресничного нерва характерны:

А) Приступообразные боли в области глаза и носа

Б) Приступообразные боли в лобно-височно-затылочной области

В) Ринорея, слезотечение

Г) **Верно А и В**

34. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы:

- А. На постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
- Б. На короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу**
- В. На приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
- Г. На длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения
35. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:
- А. Анальгетиков
- Б. Спазмолитиков
- В. Противосудорожных средств**
- Г. Всего перечисленного
- Д. Ничего из перечисленного
36. Нейропатический болевой синдром – это болевой синдром, обусловленный:
- А) поражением вегетативной нервной системы
- Б) поражением корешков спинного мозга
- В) поражением некоторых структур головного мозга
- Г) поражением соматосенсорной нервной системы**
37. К нейропатической боли относится:
- А) миофасциальный болевой синдром
- Б) туннельный синдром**
- В) хронический болевой синдром
- Г) нелокализованный характер боли
38. К центральной нейропатической боли относится:
- А) постгерпетическая невралгия**
- Б) сирингомиелия
- В) комплексный регионарный болевой синдром
- Г) все варианты
39. К периферической нейропатической боли относится:
- А) идиопатическая сенсорная нейропатия**
- Б) сосудистая миелопатия
- В) боль при рассеянном склерозе Г) все варианты

3.2.1.2. Индивидуальные задания

ЗАДАЧА № 1

Больной Х., 60 лет. Заболел 2,5 года назад, когда впервые стал отмечать головную боль, больше справа. Лечился у отоларинголога с диагнозом "гайморит", однако при пункции верхнечелюстной пазухи гноя получено не было. Через 2 года головная боль стала постоянной. При обследовании обнаружено увеличение СОЭ до 40 мм/ч. Затем присоединилась боль в мышцах преимущественно плечевого пояса, субфебрильная температура тела. Повторно госпитализировалась в различные стационары. Предполагались ревматизм, вегетососудистая дистония. Терапия не приносила облегчения. Больной принимал большие дозы анальгетиков без достаточного эффекта. По-прежнему беспокоила мучительная головная боль справа, появились онемение правой половины лица, снизилось зрение на правый глаз.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное, больной пониженного питания (за 6 месяцев потерял 8 кг массы тела). Страдальческое выражение лица, постоянно фиксирует рукой правую половину головы. Правая височная артерия плотная на ощупь, пульсация ослаблена.

АД 120/80 мм рт. ст.

НБ 110 г/л, л. 10×10^9 /л, СОЭ 47 мм/ч.

Офтальмолог: Vis OD = 0,08. центральная скотома OD. Глазное дно: OD — диск с четкими контурами, височная половина деколорирована; левый глаз без патологии.

Диагноз? Лечение?

ЗАДАЧА № 2

Больная М. А., 42 лет, предъявляет жалобы на головокружение, потемнение перед глазами, а иногда и кратковременную утрату сознания при вставании и ходьбе, пошатывание, общую слабость, дрожание рук, иногда головы.

Анамнез заболевания: 2 года назад, в возрасте 40 лет, вскоре после перенесенного бронхита при вставании возникло головокружение, на короткое время утратила сознание. АД 80/40 мм рт. ст. С этого времени стали беспокоить общая слабость, головокружение, потемнение перед глазами при переходе в вертикальное положение, дрожание рук, плохой сон. Лечилась по поводу невроза седативными препаратами, однако эффекта не только не было, а стало хуже. Участились и усилились головокружение, потемнение перед глазами, появилось дрожание рук, периодически стало возникать дрожание головы. Большую часть времени больная лежала, так как при вставании состояние ухудшалось. Через год от начала заболевания в БМСЭ установлена инвалидность II группы. В этом году состояние постепенно ухудшалось, больная обратила внимание на значительное уменьшение потоотделения.

Объективно: состояние средней тяжести, большую часть времени больная лежит, кожные покровы бледные, сухие. АД лежа 120/80 мм рт. ст., сидя 90/70 мм рт. ст., стоя 80/50 мм рт. ст. Пульс 92 в минуту независимо от положения тела.

Неврологический статус: гипомимия, умеренное повышение мышечного тонуса конечностей по экстрапирамидному типу, мелкоамплитудный тремор рук в покое, усиливающийся при движении и волнении, легкий тремор головы. Сухожильные рефлексы оживлены, $s > d$. Кистевые патологические рефлексы. Неустойчива в позе Ромберга. Ходит, придерживаясь за стены, широко расставляя ноги. Неточность при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб.

Данные дополнительных исследований: общий и биохимический анализы крови не выявили патологии, анализ мочи в норме.

При дуплексном сканировании магистральных артерий головы изменений не обнаружено.

При КТ головного мозга обнаружено расширение субарахноидального пространства полушарий и в области мозжечка.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

3.2.2. Контролируемая компетенция ОПК-4 «Способность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на сохранение здоровья работающего населения и улучшение качества жизни человека»

3.2.2.1. Тестовые задания

1. К «большим» диагностическим критериям миофасциального болевого синдрома относится:
 - А) вздрагивание при пальпации триггерной точки пораженной мышцы

Б) пальпируемый в пораженной мышце "тугой" тяж

В) воспроизводимость боли при стимуляции триггерных точек

Г) все варианты

2. Когда не выявлено объективных причин боли либо при несоответствии интенсивности боли и тяжести заболевания, наиболее распространенным тестом является:

А) Опросник Мак – Гилла;

Б) Миннесотский многофакторный личностный опросник;

В) визуальная аналоговая шкала (ВАШ).

Г) Шкала депрессии Гамильтона

3. Из тестов, позволяющих оценить боль, наибольшее распространение получил:

А) опросник Марсея- Пруста;

Б) Госпитальная шкала тревоги и депрессии

В) опросник Мак-Гилла.

Г) Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)

3. В период обострения невралгии тройничного нерва применяются:

А) Динамические токи на область выхода ветвей V нерва

Б) Грязевые аппликации на воротниковую зону

В) Электрофорез новокаина на область выхода ветвей V нерва

Г) Верно А и В

4. Наиболее эффективным методом терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

А) Анальгетиков

Б) Спазмолитиков

В) Противосудорожных средств

Г) Всего перечисленного

5. К консервативным методам лечения подострого периода болей в спине относятся:

А) Лечебная физкультура

Б) витамины группы В

В) физиотерапии

Г) все вышеуказанные

. Нейрохирургическое лечение болей в спине показано при:

А) симптомах, свидетельствующих о сдавлении спинного мозга или конского хвоста

Б) радикулопатии с нарастающим парезом

В) при выраженном стойком болевом синдроме и неэффективности консервативной терапии, проводимой в течение не менее 4 мес.

в условиях специализированного стационара

Г) все вышеуказанные

7. Препаратом выбора для медикаментозного лечения вертеброгенного болевого синдрома является:

А) диклофенак

Б) парацетамол

В) нурофен

Г) аспирин

8. К консервативным методам лечения болей в спине в период ремиссии относятся:

А) лечебная физкультура

Б) НПВС в профилактических дозах

В) новокаиновые блокады

Г) все вышеуказанные

9. Методы лечения болей спине

А) только консервативное

Б) только нейрохирургическое

В) консервативное и нейрохирургическое

Г) нет правильного ответа

10. Для предупреждения приступа «менструальной» мигрени целесообразно назначение:

- А) Альфа-адреноблокаторов
- Б) Бета-адреноблокаторов
- В) Антисеротониновых препаратов

Г) Нестероидных противовоспалительных препаратов

11. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты:

- А) Противорвотные
- Б) Глюкокортикоиды

В) Антихолинергические

Г) Транквилизаторы

12. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты:

А) Триптаны

- Б) Сосудорасширяющие
- В) Антигистаминовые
- Г) Антисеротониновые

13. Препараты, подавляющие спонтанную нейрональную импульсацию, играющие главную роль в генезе нейропатических расстройств, показанные при нейропатической боли, особенно при невралгии тройничного нерва:

- А)нейролептики;
- Б) кортикостероиды;

В) противосудорожные препараты.

Г) НПВС

14. Для устранения туннельной нейропатии в основном используют:

- А) хирургическую декомпрессию;
- Б) системную терапию кортикостероидными препаратами;

В) блокаду местными анестетиками.

Г) физиотерапию

15. Нейропатия, возникающая при ущемлении двигательных, чувствительных и смешанных нервов, часто остается нераспознанной и возникает в той анатомической области, где нерв проходит через узкий канал или промежуток, носит название:

- А)Каузалгия;
- Б)Фантомная боль;

В) Туннельная нейропатия.

Г) Психогенная боль

16. Препараты, подавляющие спонтанную нейрональную импульсацию, играющие главную роль в генезе нейропатических расстройств, показанные при нейропатической боли, особенно при невралгии тройничного нерва:

- А)нейролептики;
- Б) кортикостероиды;

В) противосудорожные препараты.

Г) НПВС

17. Для устранения туннельной нейропатии в основном используют:

- А) хирургическую декомпрессию;
- Б) системную терапию кортикостероидными препаратами;

В) блокаду местными анестетиками.

Г) физиотерапию

18. Нейропатия, возникающая при ущемлении двигательных, чувствительных и смешанных нервов, часто остается нераспознанной и возникает в той анатомической области, где нерв проходит через узкий канал или промежуток, носит название:

- А)Каузалгия;
- Б)Фантомная боль;

В) Туннельная нейропатия.

Г) Психогенная боль

3.2.2.2. Индивидуальные задания**ЗАДАЧА № 1**

Больная Ш., 58 лет, поступила с жалобами на головную боль, нарушения глотания, нечеткость речи, слабость в правых конечностях .

В течение 7 лет отмечены эпизоды повышения АД до 190/100 мм рт.ст., однако гипотензивные препараты не принимала.

5 октября т.г. у больной развилось головокружение, затем появилась слабость в правых конечностях, нарушение глотания и речи.

При поступлении в больницу состояние средней тяжести, больная в сознании. АД 180/110 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 80 в I мин, печень и селезенка не увеличены.

Неврологический статус: голова повернута преимущественно вправо, слабость левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Зрачки одинаковые по размеру. Подвижность мягкого неба слева ограничена, глоточный рефлекс слева снижен. Девиация языка влево . Дисфагия, дизартрия, дисфония. Пирамидный правосторонний гемипарез.

Глазное дно: ангиопатия сетчатки.

При дуплексном сканировании магистральных артерий головы обнаружены грубый дефицит кровотока в системе левой позвоночной артерии, ее петлеобразный изгиб.

Анализ крови без отклонений от нормы.

Рентгенография грудной клетки: легочный рисунок изменен, по пневмосклеротическому типу.

Лумбальная пункция: давление 180, цитоз 15/3, белок 0,2‰.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 2

Пациентка Ч., 50 лет. Больной себя считает в течение 8 мес. Стала беспокоить боль в левой половине лица, ночная головная боль в сочетании с тошнотой, ухудшение слуха на левое ухо. Больная была госпитализирована в клинику нервных болезней.

При осмотре: обоняние не нарушено, зрение не изменено, зрачки равные с нормальной реакцией на свет. Движения глазных яблок в полном объеме. Умеренный прозопарез слева. Гипоакузия слева. Бульбарных нарушений нет. Язык по средней линии. Поражения других сфер нервной системы не обнаружено.

Общие анализы крови, мочи, биохимические анализы крови – норма.

Рентгенограмма черепа – без патологии.

Цереброспинальная жидкость: белок - 1,2 г/л, цитоз - 3 клетки в 1 мкл.

Ваши комментарии .Определите тактику ведения больной.

3.2.3. Контролируемая компетенция ОПК-5 «Способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных»

3.2.3.1. Индивидуальные задания**ЗАДАЧА №1**

Больная Г.И., 68 лет, доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи. Жалобы на головную боль, нарушение движений в правых конечностях, ухудшение зрения, затруднение речи. В течение 25 лет страдает гипертонической болезнью. Последние 5 лет артериальное давление держалось на уровне 180/120 мм рт.ст. Около недели назад ухудшилось зрение, было кратковременное онемение правой руки. Вчера внезапно ослабели правые конечности, появилось нарушение речи, но через час все восстановилось. Сегодня утром ощутила головокружение, возникла пелена перед глазами, ослабели правая рука и нога. Больная не смогла стоять, упала.

При осмотре: избыточного питания. Сознание сохранено, но в контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает с трудом. Пульс ритмичный, 60 ударов в мин, напряжен. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте, АД- 230/120 мм рт.ст. Расширена левая граница относительной сердечной тупости. Пульсация общих сонных артерий удовлетворительная. Дыхание ритмичное, 18 в мин.

Парез зрачка вправо. Опущен правый угол рта, сглажена носогубная складка. Язык при высовывании отклоняется вправо. Значительно ограничен объем активных движений в правых конечностях. Тонус мышц в них повышен; сила снижена до 2 баллов. Правосторонняя гемипарезия. Сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. Рефлекс Бабинского справа. Менингеальных симптомов нет. Частичная моторная и сенсорная афазия.

Несмотря на интенсивную терапию состояние больной быстро ухудшилось: через час впала в сопорозное состояние, углубились двигательные расстройства, появилась ригидность мышц затылка на 2 поперечных пальца; через 2 часа - больная в коме, пульс 120 ударов в мин, дыхание типа Чейн-Стокса, глаза повернуты влево, зрачки широкие, реакция на свет утрачена, мышечная гипотония, рефлексы не вызываются.

Поставьте диагноз. Определите тактику ведения.

ЗАДАЧА №2

Больной С., 60 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи с жалобами на головную боль, отсутствие движений в нижних конечностях. Заболел остро около часа назад. Находясь на работе, после эмоционального напряжения внезапно ощутил онемение, боль в ногах, перестал ими двигать. Почти одновременно возникла головная боль. До настоящего заболевания длительно лечился по поводу повышения АД.

При осмотре: сознание сохранено, пульс ритмичный 90 в мин, тоны сердца чистые, акцент второго тона на аорте, АД- 210/110 мм рт.ст. Дыхание свободное, 18 в мин.

Функция черепных нервов и верхних конечностей не нарушена. Ногами не двигает. Пульс на бедренных артериях ослаблен. Тонус мышц нижних конечностей низкий. Выраженная гипестезия болевой чувствительности с уровня паховой складки и анестезия с зоны средней трети обоих бедер и ниже. Коленные и ахилловы рефлексы не вызываются. Недержание мочи.

Диагноз? Тактика?

ЗАДАЧА №3

Больной Т., 7 лет. Доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи в сопровождении матери. С ее слов ребенок второй день жалуется на головную боль. Вчера температура тела была 37,8°, сегодня - 38,5°С. Наблюдалась рвота. Раньше болел отитом.

При осмотре: мальчик сонлив, капризничает, плохо вступает в контакт. Температура тела 39° С . Во время осмотра рвота. Пульс ритмичный, 108 ударов в 1 мин. Тоны сердца чистые, АД- 110/70 мм рт.ст. Дыхание свободное, 30 в 1 мин. Зрачки равномерные, глазные яблоки не доводит в стороны, снижен слух на правое ухо. В остальном черепные нервы без отклонений от нормы. Движения в полном объеме, гипотония скелетной мускулатуры. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Брюшные и подошвенные рефлексы снижены. Патологических рефлексов нет. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца, с. Кернига под углом 90° с обеих сторон, положительный с. Брудзинского.

Поставьте топический и клинический диагноз. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №4

Больной А., 50 лет. Находясь за рулем автомобиля неожиданно пожаловался окружающим, что ощутил "горячий удар" в области затылка. Сразу появились интенсивная головная боль, тошнота. Сумел остановить машину, пытался выйти, возникла многократная рвота, потерял сознание. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание сохранено, но имеет место состояние оглушенности. В контакт вступает с трудом. Стонет, жалуется на головную боль, тошноту. Сказал, что около 20 лет имеется повышение артериального давления. Пульс ритмичный, 60 ударов в мин., напряжен. Тоны сердца звучные, акцент второго тона на аорте. АД- 210/120 мм рт.ст. Дыхание ритмичное, 18 в 1 мин. Температура тела 37,4° С. Гиперемия конъюнктив. Зрачки одинаковые. Горизонтальный нистагм, недоведение глазных яблок в стороны. Выражены рефлексы орального автоматизма. Движения конечностей в полном объеме. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Патологических рефлексов не выявлено. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца. С обеих сторон с.Кернига под углом 90 градусов, нижний симптом Брудзинского.

Поставьте топический и клинический диагноз. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №5

Больная Т.М, 22 лет, доставлена в приемное отделение в сопровождении родственников. Жалуется на головную боль, тошноту, рвоту. Заболела около недели назад, когда впервые появилось недомогание, повысилась температура тела до 37,2-37,5°С. Лечилась домашними средствами "от простуды", однако состояние не

улучшилось. Изредка болела острыми респираторными заболеваниями. 5 месяцев назад родила здорового мальчика.

При осмотре: больная пониженного питания. Кожные покровы лица и грудной клетки умеренно гиперемированы. Температура тела 37,5° С. Пульс ритмичный, 90 ударов в мин. Тоны сердца звучные, АД- 140/90 мм рт.ст. Дыхание свободное, ритмичное, 13 в 1 мин. Зрачки одинаковые, умеренно расширены. Горизонтальный нистагм и недоведение кнаружи глазных яблок. Отмечает диплопию при взгляде вправо. Сглажена левая носогубная складка, опущен левый угол рта, асимметрия оскала. Движения конечностей в полном объеме, тонус мышц равномерно снижен. Сила левой кисти уменьшена до 4 баллов. Гиперестезия кожных покровов. Сухожильные рефлексы s>d. На левой стопе вызывается рефлекс Бабинского. Положительный симптом Бехтерева (перкуссия скуловой кости). Выраженные полосы и пятна Труссо. Ригидность мышц затылка 2 поперечных пальца. Симптом Кернига с обеих сторон под углом 135°.

Поставьте топический и клинический диагноз. Назначьте лечение.