

**Фонд оценочных средств
для подготовки к государственной итоговой аттестации
по специальности ординатуры «Неврология».
Ситуационные задачи**

001
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Мужчина 35-ти лет обратился в клинику с жалобами на сильные головные боли, возникающие рано утром, во сне, от этих болей просыпается и уже уснуть не может. Боли чаще в правой половине лица и головы, особенно в области орбиты, реже слева. Приступ длится 30-40 минут
Анамнез жизни. Работает на руководящей должности, рабочий день ненормированный, часто работает до глубокой ночи и в выходные дни.
Анамнез заболевания. Подобные боли отмечались 5 лет назад, рецидивировали ежедневно в течение месяца, затем прекратились и длительное время не беспокоили.
Последнее обострение началось 3 дня назад, когда около 4-х утра проснулся от нестерпимой головной боли в области правого глаза и виска, с покраснением конъюнктивы, отеком верхнего века, со слезотечением, покраснением височной области. Боль высокой интенсивности, метался по квартире. Ибупрофен не уменьшил боль. Очаговой неврологической симптоматики нет.
Поставьте предварительный диагноз.
Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Лечение приступа?
002
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Пациентка П., 39 лет, работает бухгалтером. Беспокоят периодические диффузные головные боли давящего характера типа “шлема”. Появляются в любое время суток, чаще во вторую половину дня. Во время приступа принимает различные медикаментозные средства без убедительного эффекта. Больная плохо спит, тревожна. Головные боли появились два года назад во время составления годового отчета. Очаговой неврологической симптоматики нет. Напряжены и болезненны мышцы шеи, трапециевидные мышцы. Гиперестезия кожных покровов головы. Симптом Хвостека. Глазное дно, лабораторные данные без особенностей.
Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
Каков патогенез данного вида головной боли?
Какие методы психометрического тестирования можно использовать для подтверждения наличия психо-эмоциональных расстройств
003
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У пациента К., 28 лет, инженера, на протяжении полугода отмечаются приступы витального страха, сердцебиения, сопровождающиеся подъемом АД, чувством сдавления в груди, респираторной одышкой, гипергидрозом, онемением пальцев рук, ознобоподобным гиперкинезом, выраженным чувством страха. Продолжительность

приступа около 45 минут. Купируется приступ введением седативных и сердечных средств, заканчивается обильным выделением светлой мочи, резкой слабостью, чувством усталости, разбитости. Первый приступ возник у больного во время работы, ему предшествовала значимая для больного конфликтная ситуация на работе. Последующие приступы не были связаны с эмоциональными раздражителями, но появлялись, как правило, во второй половине дня с частотой 1-2 раза в месяц.

В неврологическом статусе отмечаются высокие сухожильные рефлексы без разницы сторон, тремор пальцев рук, век, локальный дистальный гипергидроз, акроцианоз. Больной эмоционально лабилен, сенситивен, склонен к детализации жалоб, фон настроения тревожный. Изменений краниограммы и глазного дна нет. Данные ЭЭГ без патологии. ЭКГ – вариант нормы.

Определите основной клинический синдром заболевания и обоснуйте его.

Что является причиной заболевания и как ее диагностировать

Как следует лечить больного?

004

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка Г., 35 лет, жалуется на головокружение несистемного характера, слабость в левой руке и ноге, чувство онемения в них. Заболела остро год назад. Утром вышла на кухню и вдруг почувствовала головокружение, стало “дурно”, упала, возникла слабость левой руки и ноги. Сознание не теряла. В анамнезе – хроническая психотравмирующая ситуация (ухаживает за свекровью-инвалидом I группы, муж страдает хроническим алкоголизмом).

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Больная эмоционально лабильна, плаксива. Язык при высовывании резко уклоняется вправо, атрофии его мышц нет. Походка вычурная: при ходьбе тянет за собой левую ногу, как будто посторонний предмет, однако устойчиво удерживает на ней все тело. В положении лежа активных движений левой руки и ноги нет. Говорит: “Не могу, нет сил”. Атрофий мышц нет. При исследовании мышечного тонуса сопротивляется осмотру. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук и ног равномерно повышены, симметричные. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга не устойчива (отклоняется в сторону медицинского персонала). При исследовании пальце-носовой пробы попадает в ухо, при этом прием пищи, письмо не нарушены.

Отмечается утрата болевой чувствительности строго по гемитипу слева в одинаковой степени как в латеральных, так и в медиальных участках тела.

Обоснуйте предполагаемый клинический диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Какие виды психотерапии подходят больной и почему?

005

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Л., 68 лет, поступила в клинику по поводу остро развившейся слабости в левых конечностях. Симптоматика развилась внезапно на фоне повышения АД до 230/120 мм рт.ст., при «рабочем» 150/90 мм рт.ст. У сестры был инсульт, у брата – инфаркт миокарда. Пациентка длительное время страдала артериальной гипертензией, а также инсулин-независимым сахарным диабетом. Данные физикального обследования. При поступлении АД 230/110 мм рт.ст., пульс 80 в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно шумов на артериях шеи не выслушивается. Неврологический статус.

Больная в сознании. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов в руке. Нарушений чувствительности и координаторных нарушений нет. Данные лабораторных исследований без особенностей.

Каков предположительный характер инсульта? Доказательства.

Неотложные терапевтические мероприятия и их условия?

Факторы риска инсульта у больной?

006

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Р., 49 лет. За 3 часа до госпитализации упал, ударился головой. Отмечалась потеря сознания до 5-8 минут, после чего возникли головная боль, тошнота, однократная рвота. Сразу к врачу не обратился, однако спустя 3 часа состояние ухудшилось, появилась интенсивная головная боль, заторможенность, в связи с чем госпитализирован. Данные физикального обследования. Состояние тяжелое. ЧСС – 56 ударов в минуту. АД 130/70 мм рт.ст. В неврологическом статусе: глубокое оглушение, в процессе диагностических мероприятий нарощее до уровня сопора. Менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига). Анизокория (за счет расширения левого зрачка) со снижением фотореакции. Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 4,0-4,5 баллов. Симптом Бабинского справа. ЭХО-ЭС: MD=76 мм, MS=68 мм, Tг=72 мм. Множество дополнительных ЭХО-сигналов слева. Смещение срединных структур слева направо на 6 мм. 2. Как объяснить развитие у пациента анизокории? 3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию патологического процесса? 4. Какие изменения выявляются по данным КТ головного мозга (рис. 1)? 5. Какова тактика ведения больного

Клинический диагноз, как расценить внезапное ухудшение состояния больного?

Как объяснить развитие у пациента анизокории?

В какой помощи экстренно нуждается пациент?

007

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Р., 55 лет. Доставлен в стационар в коме. От сопровождающего известно, что несколько лет страдает эпилепсией. За 2 часа до госпитализации развился генерализованный эпилептический припадок. Однако когда закончились судороги, сознание не восстановилось, вновь развились судороги, затем они повторились. В сознание не приходил. В настоящее время судороги прекратились, сознание не восстановилось. Объективно: кома. Отсутствуют зрачковые реакции. Менингеальные симптомы – Кернига, Брудзинского. Низкие СХР.

Как расценить состояние больного?

В какое отделение должен быть госпитализирован пациент?

В какой помощи экстренно нуждается пациент в первую очередь?

008

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Т., 20 лет. Болен около семи лет. Заболевание началось со слабости ног. При беге часто падал. Постепенно слабость нарастала. Спустя три года к слабости ног присоединилась слабость рук.

Объективно: сила снижена в проксимальных отделах рук и ног. Не может поднять руки вверх. Атрофия мышц проксимальных отделов конечностей, плечевого и тазового пояса.

Надплечья опущены и наклонены кпереди. Лопатки далеко отстоят от позвоночника /“крыловидные лопатки”/. Резко усилен поясничный лордоз. “Осиная” талия, “утиная” походка. Сухожильные и надкостничные рефлексы низкие, но равномерные. Патологических рефлексов нет. Чувствительность сохранена. Характерен способ, которым больной пользуется при переходе из горизонтального положения в вертикальное: сначала становится на четвереньки, опираясь на колени и кисти рук, разгибает в коленном суставе одну, а затем другую ногу, упирается руками в бедра и толчком выпрямляется.

Выделите и обоснуйте основные неврологические синдромы

Обоснуйте топический диагноз.

Обоснуйте клинический диагноз.

009

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Г., 65 лет, беспокоит слабость в правой руке, нарушение речи. Два дня назад днем внезапно упала, потеряла сознание. Сознание восстановилось через 2-3 минуты, но правая рука не двигалась, не смогла говорить. Перенесла 2 инфаркта миокарда, страдает мерцательной аритмией в течение 4 лет.

Объективно: сознание ясное. Пульс аритмичный, 120-130 ударов в мин. Ограничен объем активных движений в правой руке, повышен мышечный тонус в ней. Сухожильные рефлексы оживлены справа. Симптом Россолимо справа. Чувствительных расстройств нет. Моторная афазия.

В общем анализе крови – без патологии. Спинномозговая жидкость – без особенностей.

Выделите и обоснуйте основные неврологические синдромы.

Сформулируйте топический диагноз.

Сформулируйте клинический диагноз.

010

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Г., 25 лет, во время физической нагрузки (занятие аэробикой) возникла резкая боль по типу “удара” в область затылка, однократная рвота, потеря сознания.

Из анамнеза известно, что в течение последних 7 лет возникали приступообразные головные боли в левой половине головы пульсирующего характера, иногда сопровождавшиеся рвотой.

Объективно: состояние тяжелое. Сопор. t° тела 38°C . АД – 125/80 мм рт.ст., ЧСС – 80 уд. в мин. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Неврологически: ригидность мышц тыла шеи 6 см; симптом Кернига под углом 90° с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики нет. В спинномозговой жидкости – равномерная примесь крови в 3-х пробирках.

Выделить неврологические синдромы.

Обосновать топический и клинический диагнозы.

Определить врачебную тактику ведения больной.

011
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<p>Больной С., 50 лет. Заболел пять лет назад – появились сильные стреляющие боли в ногах. Затем появилось чувство “покалывания”, “ползания мурашек”, онемения в стопах, ощущение, как будто у него под ногами резина или вата, шатание и неуверенность при ходьбе в темноте. Однажды возникла “кинжальная” боль в верхней части живота, сопровождающаяся рвотой. Боли в животе периодически повторялись. При амбулаторном исследовании заболеваний внутренних органов не выявлено. Год назад резко ухудшилось зрение. Подобрать очки для улучшения зрения не удалось. В последнее время присоединились затруднения при мочеиспускании.</p> <p>Объективно: острота зрения на оба глаза 0,3. на глазном дне отмечены явления первичной серой субатрофии сосков зрительных нервов. Зрачки овальной формы, узкие, левый зрачок шире правого, синдром Аргайль-Робертсона. Сила рук и ног хорошая, тонус мышц ног снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук вызываются, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. Сенситивная атаксия. Координаторные пробы руками выполняет хорошо, но пяточно-коленную пробу обеими ногами – плохо. Не различает направления пассивных движений пальцев стоп. В дистальных отделах ног снижена тактильная чувствительность. Общий анализ крови и мочи без патологических особенностей. Спинно-мозговая жидкость: белок – 0,66%, цитоз – 60/мм³.</p>
Определить и обосновать топический диагноз.
Определить и обосновать клинический диагноз.
Какие дополнительно исследования необходимо сделать?
012
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<p>Больной Ш., 40 лет, заболел постепенно 2 года назад, когда появились беспричинные подъемы температуры, иногда весьма существенные – до 38-39°. За период болезни похудел примерно на 18 кг. Стал забывчивым, несобранным, потерял интерес к работе.</p> <p>Объективно больной пониженного питания. Увеличены подмышечные, шейные и паховые лимфоузлы. Печень и селезенка увеличены, безболезненны при пальпации. В неврологическом статусе – снижен интеллект, больной апатичен. Тремор рук. Рефлекторный спастический тетрапарез.</p>
Поставьте клинический диагноз.
Дифференциальная диагностика данного заболевания
Каковы методы его подтверждения
013
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
<p>Больной Ю., 28 лет. В результате травмы три месяца назад у него возник вывих правого плеча в плечевом суставе. После выправления вывиха плеча прежние движения руки не восстанавливаются.</p> <p>Объективно: активные движения правого плечевого сустава резко ограничены, не может согнуть правое предплечье в локтевом суставе, движения лучезапястных суставов</p>

сохранены. Отмечается атония и атрофия дельтовидной и двуглавой мышц справа. Рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы не вызывается. Снижена чувствительность на наружной поверхности надплечья, плеча и предплечья справа.

Определить и обосновать топический диагноз.

Определить и обосновать клинический диагноз.

Какие дополнительно исследования необходимо сделать?

014

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной С., 18 лет, доставлен в клинику машиной “скорой помощи” с призывного пункта, где у больного впервые в жизни развился общий эпилептический припадок. Из анамнеза известно, что припадку предшествовало несколько бессонных ночей, алкогольная интоксикация и психо-эмоциональное напряжение.

Объективно очаговой неврологической симптоматики нет. Глазное дно, ЭхоЭС – без патологии. ЭЭГ – биоэлектрическая активность – вариант нормы.

Клинический диагноз?

Тактика невролога?

Требуется ли назначение противосудорожной терапии больному?

015

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной В., 28 лет, после сна почувствовал онемение и слабость левой кисти. Накануне вечером употреблял алкоголь, как заснул, не помнит.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии нет. “Свисающая” кисть. Не может разогнуть кисть, пальцы, а также отвести большой палец. Сила левой кисти уменьшена. Снижены чувствительность на тыльной поверхности большого и указательного пальцев, трицепитальный и карпорадиальный рефлекс слева..

Определить и обосновать топический диагноз.

Определить и обосновать клинический диагноз.

Указать причину заболевания.

016

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Б., 50 лет, жалуется на постоянные подергивания правой руки, на слабость в ней. 1 – 2 раза в месяц у него бывают общие судорожные припадки с утратой сознания, которым предшествуют распространение гиперкинеза на правую ногу.

Неврологический статус: постоянные миоклонические подергивания в правой руке. Сила в ней снижена до 3 баллов, оживлены СХР с правой руки, мышечный тонус в ней слегка повышен.

Из анамнеза известно, что заболел 2 года назад в конце мая. Через 10 дней после укуса клеща повысилась температура тела до 40°, появилась головная боль, затем рвота. Был госпитализирован, первые 2 недели пребывания в стационаре не помнит. Когда больной

пришел в сознание, беспокоили головные боли, правая рука почти не двигалась. Затем движения в руке восстановились, однако, через полгода появились судороги в ней и генерализованные судорожные припадки.

Выделить неврологические синдромы.

Обосновать топический и клинический диагнозы.

Определить врачебную тактику ведения больной.

017

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная М., 45 лет, заболела в начале лета. Через 10 дней после укуса клеща поднялась температура тела до 40°C, в месте укуса появилось плоское красное пятно диаметром 10 см. через 10 дней оно исчезло, температура нормализовалась. Спустя две недели развилась асимметрия лица.

Неврологический статус: опущена правая бровь и правый угол рта. Лагофтальм, симптом Белла, слезотечение из правого глаза. Вкус, слух не нарушены.

Выделить неврологические синдромы.

Обосновать топический и клинический диагнозы.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

018

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной С., 38 лет, шофер, жалуется на боли в пояснице, усиливающиеся при ходьбе, с иррадиацией в правую ягодичную область и голень. Из анамнеза известно, что с 25 лет периодически повторяются острые поясничные боли, длящиеся 7-10 дней. Настоящее обострение возникло после подъема тяжести.

Объективно: анталгическая поза. Сглажен поясничный лордоз. Напряжены паравертебральные мышцы. Ограничен объем активных движений в поясничном отделе позвоночника. Болезненна пальпация правой грушевидной мышцы, при этом боль иррадирует в ногу. Вызываются симптомы натяжения. Рефлексы с ног живые. Чувствительность сохранена.

На спондилограммах – признаки остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Клинический диагноз?

Принципы диагностики?

Принципы лечения?

019

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная П., 39 лет, работает бухгалтером. Беспокоят периодические диффузные головные боли давящего характера типа “шлема”. Появляются в любое время суток, чаще во вторую половину дня. Во время приступа принимает различные медикаментозные средства без убедительного эффекта. Больная плохо спит, тревожна. Головные боли

появились два года назад во время составления годового отчета. Очаговой неврологической симптоматики нет. Напряжены и болезненны мышцы шеи, трапециевидные мышцы. Гиперестезия кожных покровов головы. Симптом Хвостека. Глазное дно, краниограммы, лабораторные данные без особенностей.

Клинический диагноз?

Требуется ли назначение дополнительных методов диагностики?

Принципы лечения.

020

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Н., 40 лет, жалуется на приступы стереотипных сильных головных болей. Пароксизмы начинаются в 7 часов утра и продолжаются 2-3 часа, сопровождаются покраснением лица, склеры, слезотечением, заложенностью носа, ринореей. Больной беспокоен, мечется во время приступа. Рвоты на высоте головных болей не бывает. Из анамнеза известно, что 2 года назад весной без видимой причины начались приступы таких же головных болей. Они повторялись почти ежедневно и прошли самостоятельно через две недели. Прошлой весной приступы вновь повторились, больной обратился к врачам, и приступы прошли на фоне приема индометацина. Наследственной отягощенности по головным болям нет.

Неврологический статус, лабораторные данные – без особенностей.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Требуется ли назначение дополнительных методов диагностики?

Принципы лечения.