Стом-21

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ С НЕВРОЛОГИЕЙ , НЕЙРОХИРУРГИЕЙ И
МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКОЙ
ТОРЧИНОВ И.А.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по Неврологии, Нейрохирургии и Медицинской генетике
наименование дисциплины

Ситуационные задачи и тесты по Неврологии, Нейрохирургии и Медицинской
Генетике для основной профессиональной образовательной программы высшего
образования специальности 31.05.03 Стоматология,

утвержденной 24.05.2023 г.

Владикавказ, 2023

Учебно-методическое пособие
одобрено ЦКМС СОГМА

Рекомендовано для студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов медицинских ВУЗов

Рецензенты:

Астахова Э.Т., заведующая кафедрой госпитальной терапии с ЛФК и ВК и дерматовенерологии СОГМА, д.м.н., профессор

Тотров И.И., заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней с внутренними болезнями пед. факультета, проф. болезнями и сестринского дела, д.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

Часть 1. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	5
Тема 1. Центральная и периферический парез.....	5
Тема 2. Экстрапирамидные нарушения.....	9
Тема 3. Расстройства координации.....	14
Тема 4. Расстройства чувствительности.....	19
Тема 5. Спинной мозг, симптомы поражения на разных уровнях.....	23
Тема 6. Поражение каудальной группы черепных нервов. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.....	28
Тема 7. Симптомы поражения тройничного, лицевого и вестибулокохлеарного нервов, симптомы поражения мостомозжечкового угла.....	32
Тема 8. Глазодвигательные расстройства.....	36
Тема 9. Поражения зрительного и обонятельного нервов, зрительного бугра и внутренней капсулы.....	40
Тема 10. Нарушения высших мозговых функций.....	44
Тема 11. Цереброспинальная жидкость. Менингеальный синдром. Внутричерепная гипертензия.....	51
Тема 12. Расстройства сознания.....	58
Часть 2. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	64
Тема 1. Центральная и периферический парез.....	64
Тема 2. Экстрапирамидные двигательные расстройства.....	72
Тема 3. Нарушения координации.....	81

Тема 4. Расстройства чувствительности	90
Тема 5. Спинной мозг, симптомы поражения на разных уровнях	98
Тема 6. Клиника поражения продолговатого мозга, IX-XII пары черепных нервов	107
Тема 7. Клиника поражения тройничного, лицевого и вестибулокохлеарного нервов, клиника поражения мостомозжечкового угла	117
Тема 8. Глазодвигательные расстройства	127
Тема 9. Клиника поражения зрительного и обонятельного нервов, зрительного бугра и внутренней капсулы	135
Тема 10. Нарушения высших мозговых функций	143
Тема 11. Цереброспинальная жидкость. Менингеальный синдром. Внутречерепная гипертензия	151
Тема 12. Периферические вегетативные расстройства. Нейрогенные нарушения функции тазовых органов	157
Тема 13. Расстройства сознания	161
Часть 3. ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	167

Часть I. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Тема 1. Центральный и периферический парез

Задача 1

У женщины 60-ти лет быстро развивается слабость в левых конечностях. При обследовании: в левых конечностях движения отсутствуют, тонус повышен в сгибателях руки и разгибателях ноги, сухожильные рефлексы оживлены, выявляется симптом Бабинского.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

У 70-летнего мужчины внезапно возникла слабость в левой руке. При обследовании в левой руке выявляется парез до 3-х баллов в проксимальном отделе и до плечни в кисти, повышен тонус в сгибателях кисти и пальцев, оживлены сухожильные рефлексы, определяется симптом Гоффмана.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

Мужчина, 40 лет, утром после сна обнаружил слабость в левой кисти. При обследовании в левой руке выявлены невозможность тыльного сгибания кисти и пальцев, противопоставления большого пальца, мышечная гипотония, низкие рефлексы, отсутствие патологических рефлексов.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 4

У женщины 50-ти лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании: в правой ноге парез в проксимальном отделе до 3-х баллов, в стопе — плегия, тонус повышен преимущественно в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 5

У 45-летнего мужчины в течение 20-ти лет нарастает слабость в ногах. При обследовании в ногах отмечаются слабость в проксимальных отделах до 4-х баллов, в стопе до 2-х баллов, выраженная атрофия мышц, особенно в дисталь-

ных отделах без фасцикуляций, отсутствие ахилловых рефлексов, снижение коленных рефлексов.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 6

Женщину 40 лет беспокоит слабость в руках и ногах, особенно после физических нагрузок. Утром после сна слабости не отмечает. При обследовании выявляются парез в конечностях до 4-х баллов, мышечная гипотония, снижение сухожильных рефлексов; после небольшой физической нагрузки (10 приседаний) слабость в ногах нарастает до 2-х баллов.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечение двигательных нарушений?

Задача 7

У мужчины 55-ти лет постепенно нарастают слабость и похудание нижних, а затем и верхних конечностей. При обследовании: во всех конечностях выраженные атрофии, особенно в мышцах кистей, фасцикуляции, снижение мышечного тонуса, оживление рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 8

У мужчины 40 лет постепенно развивается слабость правой ноги. При обследовании в правой ноге выявляются похушание и слабость передней группы мышц бедра, отсутствие коленного рефлекса, слабость стопы, оживление ахиллова рефлекса, симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 9

У женщины 50-ти лет через месяц после развития церебрального инсульта сохраняется слабость левых конечностей. Перемещается по комнате только с посторонней помощью, беспокоят боли и напряжение в мышцах левой ноги. При обследовании в левых конечностях выявляются парез в руке до 4-х баллов, в ноге до 2-х баллов, оживление сухожильных рефлексов, симптомы Бабинского и Россолимо, значительное повышение мышечного тонуса в разгибателях ноги.

1. Неврологический синдром?
2. Тип изменения мышечного тонуса?
3. Локализация поражения?

Задача 10

Мужчина 20-ти лет перенес черепно-мозговую травму 10 лет, после чего развилась слабость в левых конечностях.

При обследовании в левых конечностях обнаруживаются гипотрофия и уменьшение размеров (в сравнении с правой конечностями), снижение силы в проксимальных отделах до 3-х баллов, в дистальных — до 1-го балла, значительное повышение тонуса в сгибателях руки разгибателях ноги, болезненные сведения мышц, оживление сухожильных рефлексов, клonus стопы и кисти, симптомы Бабинского и Россолимо.

1. Неврологический синдром?
2. Тип изменения мышечного тонуса?
3. Локализация поражения?

Тема 2. Экстрапирамидные нарушения

Задача 1

Женщина 35-ти лет предъявляет жалобы на дрожание головы и пальцев рук, которые усиливаются при волнении. При приеме алкоголя дрожание ослабевает. Дрожание рук и головы отмечается с молодого возраста и у матери пациентки. Объективно: в покое дрожание в пальцах рук минимально, но оно усиливается при определенных статических нагрузках, особенно при вытягивании рук вперед и разведении пальцев; наблюдается минимальное дрожание головы; мышечный тонус не изменен, координационные пробы в конечностях выполняет без грубых нарушений; других изменений в неврологическом статусе нет.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?

Задача 2

У больного шизофренией, принимающего большие дозы нейролептиков, наблюдаются замедленность движений и падения. При обследовании: гипомимия лица, монотонность речи, замедление темпа движений в конечностях при сохранении их силы, мышечная ригидность, рефлексы средней живости, патологических рефлексов нет; ходьба замедлена.

1. Неврологический синдром?
2. Причина развития двигательных нарушений?
3. Врачебная тактика?

Задача 3

Мужчине 65-ти лет беспокоит дрожание и скованность в конечностях, больше в левых. Считает себя больным в течение 5-ти лет, когда появились дрожание и скованность в левой руке. Заболевание постепенно прогрессирует, присоединились скованность в левой ноге, а затем дрожание и скованность в правой руке. Объективно: гипомимия, монотонность речи, в руках (больше в левой) дрожание по типу «счета монет», повышение тонуса мышц с феноменом «зубчатого колеса», замедление темпа движений; в левой ноге — повышение тонуса по типу ригидности и гипокинезия; рефлексы средней живости, симметричные, патологических рефлексов нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предполагаемое заболевание?

Задача 4

Сорокапятилетнего мужчину в течение полугода беспокоит произвольный поворот головы вправо, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечается произвольный поворот головы вправо, тоническое напряжение грудных-ключично-сосцевидной мышцы слева, при сидении больной придерживает указательным пальцем правой руки нижнюю челюсть, что уменьшает степень поворота головы; рефлексы средней живости, патологических рефлексов нет, координация и чувствительность в норме.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?

Задача 5

У женщины 45-ти лет возникли и в течение двух лет нарастают произвольные быстрые движения в лице и конечностях. У мамы больной аналогичные расстройства появились в 40 лет, они прогрессировали, сопровождались нарушением ходьбы, слабоумием и привели к смерти в 55 лет. При обследовании больной определяются быстрые произвольные движения в лице, туловище и конечностях, они затрудняют ходьбу и движения; тонус мышц конечностей мало изменен, рефлексы средней живости, симметричные, патологических рефлексов нет.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Прогноз заболевания?

Задача 6

У женщины 25-ти лет в период беременности появились непроизвольные быстрые движения в лице, туловище и конечностях. В возрасте 18-ти лет у пациентки была ревматическая атака, после которой в течение года наблюдались аналогичные расстройства. Объективно: непроизвольные быстрые хаотичные движения в лице и конечностях, которые несколько затрудняют обычные движения, тонус меняется в конечностях от гипотонии до легкой ригидности, рефлексы средней живости, патологических рефлексов нет.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Врачебная тактика и прогноз?

Задача 7

Девушку 18-ти лет в течение 10-ти лет беспокоят непроизвольные стереотипные движения в мышцах лица, плечевого пояса и верхних конечностей, отмечаются непроизвольное выкрикивание отдельных звуков, сопение, «хрюканье». Объективно: непроизвольные быстрые повторяющиеся движения в лице, плечевом поясе и конечностях, непроизвольные звуки по типу «хрюканья» и сопения; мышечный тонус и рефлексы не изменены.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Лечение и прогноз?

Задача 8

Девушку 18-ти лет беспокоят непроизвольные движения в мышцах лица, преимущественно частое моргание левого глаза. Эти нарушения возникли в 10 лет, усиливаются при волнении. Объективно: отмечается периодически возникающее ритмическое сокращение круговой мышцы обоих глаз, больше слева; других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Врачебная тактика и прогноз?

Задача 9

Мужчина 25-ти лет отмечает скованность в конечностях и периодически непроизвольные движения в них в течение двух лет. При обследовании выявляются общая гипокинезия, повышение мышечного тонуса по типу ригидности, непроизвольные медленные тонические движения в правой руке, более значительное в кисти. МРТ головы без существенных изменений. На консультации окулиста обнаружено кольцо Кайзер—Флейшнера.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Врачебная тактика и прогноз?

Задача 10

Мужчине 20-ти лет беспокоят напряжение и непроизвольные движения в мышцах туловища и левых конечностях, кото-

рые сильно затрудняют ходьбу. Больным себя считает с 10-ти лет, когда сначала при физических нагрузках, а затем просто при ходьбе ея отмечать непроизвольное напряжение мышц в левой ноге, что мешало движениям. Двигательные нарушения нарастают, появились в руке и мышцах туловища, стало трудно ходить. При обследовании определяются непроизвольные медленные движения в левых конечностях и туловище, при ходьбе возникает непроизвольный поворот туловища и головы влево, что затрудняет ходьбу в левых конечностях тонус меняется от ригидности до мышечной гипотонии, рефлексы вялые и симметричные. МРТ головы — без изменений.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Врачебная тактика и прогноз?

Тема 3. Расстройства координации

Задача 1

Мужчина, 45 лет, в течение последнего года отмечает шаткость походки, неустойчивость в левых конечностях. Объективно: в левых конечностях сила достаточная, мышечная гипотония, снижение рефлексов, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб, атактохокизм; в пробе Ромберга и при ходьбе — пошатывание с отклонением влево.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

У женщины 50-ти лет в течение последнего года наблюдаются ость при ходьбе, периодические падения. При обследовании обнаружены вертикальный нистагм, скандированная речь, низкий мышечный тонус, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе с отклонением вперед или назад; сила в конечностях достаточная, патологических рефлексов и нарушений чувствительности нет, координационные пробы в конечностях выполняет удовлетворительно.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

Мужчину 40 лет, длительное время злоупотребляющего алкоголем, беспокоят боли в ногах и их онемение, шаткость при ходьбе, периодические падения. Объективно: сила в конечностях достаточная, ослаблены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», выявляется гипотония мышц в ногах, отсутствуют ахилловы рефлексы, в пробе Ромберга и при ходьбе несколько неустойчив; когда закрывает глаза, шаткость резко возрастает; координационные пробы в конечностях выполняет удовлетворительно с открытыми глазами, но при закрытых глазах промахивается при выполнении пяточно-коленной пробы.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 4

Женщина 60-ти лет, перенесшая два года назад тотальную резекцию желудка по поводу язвенной болезни, предъявляет жалобы на неустойчивость при ходьбе. Объективно: сила в конечностях достаточная, в ногах резко ослаблены суставно-мышечное чувство и вибрационная чувствительность, отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, выявляется мышечная гипотония; в пробе Ромберга и при ходьбе с открытыми глазами отмечается легкая неустойчивость, с закрытыми глазами стоять и ходить не может из-за выраженной неустойчивости, при открытых глазах координаторные пробы в конечностях выполняет удовлетворительно, при закрывании глаз промахивается при выполнении пяточно-коленной пробы.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 5

Двадцатипятилетнюю женщину в течение последнего года беспокоят нечеткость речи, слабость в ногах, шаткость походки, императивные позывы на мочеиспускание. Объективно: вертикальный нистагм, скандированная речь, снижение силы в ногах до 4-х баллов с повышением мышечного тонуса и оживлением рефлексов, двусторонний симптом Бабинского; в левых конечностях интенционный тремор при пальце-носовой и пяточно-коленной пробах, адiadoхикнез слева, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?

3. Дополнительные методы исследования?

Задача 6

Мужчина, 30 лет, предъявляет жалобы на шаткость походки, которая нарастает в течение 10 лет. Прогрессирующее нарушение походки отмечалось у его родственников, приводя их к инвалидности. Объективно: вертикальный нистагм, скандированная речь, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленных проб, дисметрия, адiadoхикнез, асинергия Бабинского; пошатывание в пробе Ромберга и при ходьбе; других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 7

У женщины 70-ти лет отмечаются нарушения поведения, неустойчивость при стоянии и ходьбе, которая, постепенно прогрессируя в течение нескольких месяцев, лишила ее возможности самостоятельно передвигаться. Объективно: снижение интеллекта, агрессивность, отсутствие контроля мочеиспускания, утрата способности сидеть, стоять и ходить; парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 8

У женщины 75-ти лет в течение последних 5-ти лет наблюдается периодическое головокружение в виде ощущения вращения собственного тела и окружающих предметов. Приступы обычно возникают при резких поворотах головы, продолжаются несколько секунд, сопровождаются тошнотой. При обычном обследовании неврологических нарушений нет, устойчива в пробе Ромберга и при ходьбе, однако при повороте головы влево возникают кратковременные головокружение и горизонтальный нистагм.

1. Тип головокружения?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 9

У 60-летней женщины, длительное время страдающей артериальной гипертензией, остро возникло сильное головокружение, ощущение вращения окружающих предметов, тошнота, рвота. Объективно: вертикальный нистагм, мышечная гипотония, снижение всех сухожильных рефлексов, асинергия Бабинского; парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 10

Мужчине 50-ти лет, страдающего хроническим адвентизмом, беспокоят шаткость при ходьбе, периодические па-

дения. Объективно: ослаблены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», выкашивается гипотония в мышцах ног, отсутствуют ахилловы рефлексы; в пробе Ромберга стоять не может, передвигается с чужой помощью, при пяточно-коленной пробе наблюдается грубый интенционный тремор, определяется асинергия Бабинского; парезов и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Тема 4. Расстройства чувствительности

Задача 1

Мужчина 40 лет предъявляет жалобы на боли, ощущение онемения и покалывания в обеих стопах и пошатывание при ходьбе. Объективно: снижены все виды чувствительности по «носков» в нижних конечностях, коленные рефлексы низкие, ахилловы рефлексы отсутствуют, в пробе Ромберга и при ходьбе отмечается пошатывание, которое значительно усиливается, когда больной закрывает глаза.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

Женщину 60-ти лет беспокоят боли, ощущение онемения и покалывания в пальцах левой руки. Объективно: снижение всех видов чувствительности на тыльной поверхности большого, указательного и среднего пальца левой кисти, болезненность при перкуссии области левого тазобедренного сустава с иррадиацией в указательный палец, других нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

Мужчине 40 лет беспокоят боли в поясничной области по задней поверхности правой ноги. Объективно: снижение всех видов чувствительности в виде вертикальной полосы по задне-наружной поверхности правой ноги (по типу «лампаса»), отсутствие правого ахиллова рефлекса, других нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 4

Женщину 50-ти лет беспокоит ощущение онемения и покалывания по наружной поверхности левого бедра. Объективно: легкое снижение всех видов чувствительности в

верхней части передне-наружной поверхности левого бедра, других нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 5

Мужчине 25-ти лет, после огнестрельного ранения в левую руку, приведшего к поражению срединного нерва, беспокоят сильные боли и отечность руки. Объективно: движение левой рукой ограничено из-за боли, которую больному трудно локализовать, отмечаются ее отечность и бледность, преимущественно в кисти, утрата всех видов чувствительности на тыльной поверхности большого, указательного и среднего пальцев левой руки.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 6

Мужчине 30-ти лет беспокоят боли в обеих руках. Объективно: нарушение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки» при сохранности глубоких видов чувствительности, снижение рефлексов на руках, рубцы от перенесенных «безболезненных ожогов» на руках, других нарушений нет.

1. Неврологический синдром?

2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 7

Женщину 45-ти лет беспокоят шаткость при ходьбе, падения, ощущение «подушки» под ногами. Объективно: в обеих ногах утрачены суставно-мышечное чувство и вибрационная чувствительность при сохранении болевой и температурной чувствительности, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе наблюдается пошатывание, которое значительно усиливается, когда больная закрывает глаза.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 8

Женщина, 60 лет, отмечает боли, ощущение жжения, покалывания в левых конечностях, левой половине лица и туловища. Объективно: снижены все виды чувствительности в левых конечностях на левой половине лица и туловища, порог болевой чувствительности резко повышен, болевое раздражение трудно локализовать, после его нанесения остается неприятное ощущение, мышечный тонус и рефлексы в левых конечностях несколько снижены.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 9

Мужчина 70-ти лет предъявляет жалобы на онемение в левой руке и левой половине лица. Объективно: ослабление всех видов чувствительности в левой руке и на левой половине лица, снижение тонуса мышц и рефлексов в левой руке, других нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 10

У 50-летней женщины возникло онемение левой стопы, которое в течение недели поднялось до реберной дуги. Объективно: снижены болевая и температурная чувствительность в левой ноге и левой половине туловища до уровня Th₁₀, других нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Тема 5. Спинальный мозг; симптомы поражения на разных уровнях

Задача 1

Женщина 45-ти лет отмечает слабость в правой ноге и онемение в левой ноге и левой половине туловища до уровня реберной дуги. При обследовании выявлены снижение силы в правой ноге до 3-х баллов с повышением коленно-

го и ахилловых рефлексов, симптомом Бабинского справа, ослабление болевой и температурной чувствительности на левой ноге и левой половине туловища до уровня Th₇.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

У мужчины 65-ти лет в течение двух лет нарастает слабость в руках и ногах. При обследовании обнаружены: в руках — атрофия мышц кистей и предплечья, фасцикуляции, снижение силы до 4-х баллов, больше в кистях, снижение рефлексов, в ногах — снижение силы до 3-х баллов, оживление коленных и ахилловых рефлексов, повышение мышечного тонуса по типу спастичности, двусторонний симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

У мужчины 50-ти лет, длительное время страдающего болями в спине, остро развиваются боли в пояснично-крестцовой области и по задней поверхности левой ноги. При обследовании ослаблены все виды чувствительности в виде полосы по задней поверхности левого бедра, задне-наружной поверхности голени и в области большого пальца, других нарушений нет. Через неделю внезапно развиваются

слабость и онемение в обеих стопах, онемение в промежности и недержание мочи. При обследовании найдены слабость обеих стоп до 2-х баллов, утрата ахилловых рефлексов и снижение коленных рефлексов, утрата всех видов чувствительности в стопах и аногенитальной области, недержание мочи.

1. Неврологические синдромы — в начале и через неделю с начала заболевания?
2. Локализация поражения — в начале и через неделю с начала заболевания?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 4

У юноша 18-ти лет в течение четырех лет постепенно нарастает слабость в правой, а затем левой ноге. При обследовании обнаружены гипотрофия и фасцикуляции в мышцах обеих ног, снижение силы в правой ноге до 3-х баллов, в левой ноге — до 4-х баллов, ахиллов рефлекс не вызывается, коленный рефлекс ослаблен, патологических рефлексов нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 5

Мужчину 35-ти лет длительное время беспокоят боли в руках, периодически возникают ожоги от прикосновения к горячим предметам, температуру которых он не ощущает. При обследовании выявлены множественные следы от «безболезненных» ожогов на руках, снижение болевой и темпе-

рагатурной чувствительности в виде «куртки», фасцикуляции в мышцах обеих кистей, утрата рефлексов с рук.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 8

Мужчине 40 лет в течение полугода беспокоят «стреляющие» боли в ногах, шаткость при ходьбе. При обследовании — в ногах утрачено суставно-мышечное чувство, коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, значительно нарастающая при закрытии глаз.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 6

Женщина, 40 лет, в течение двух лет отмечает слабость в ногах, нарастающую при длительной ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. При обследовании обнаружены слабость в обеих ногах до 3-х баллов, повышение тонуса и разгибателей ног с феноменом «складного ножа», оживление коленных и ахилловых рефлексов, клonus стоп, двусторонний симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Тип повышения мышечного тонуса?
3. Локализация поражения?
4. Дополнительные методы исследования?

Задача 7

У женщины 25-ти лет появилось онемение в стопах, которое в течение суток распространилось до уровня реберной дуги, возникло затруднение при мочеиспускании. При обследовании выявлены утрата болевой и температурной чувствительности в ногах и на туловище до уровня Th₆, оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 9

Мужчина 25-ти лет в течение 5-ти лет отмечает нарастающую слабость и скованность в ногах. По его словам аналогичное заболевание наблюдалось с молодости у отца, который в настоящее время, в возрасте 50 лет, ходит с большим трудом из-за слабости и скованности в ногах. При обследовании молодого мужчины выявлены слабость в обеих ногах до 4-х баллов и значительное повышение мышечного тонуса, преимущественно в разгибателях ног, с феноменом «складного ножа», оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

1. Неврологический синдром?
2. Тип повышения мышечного тонуса?
3. Локализация поражения?
4. Дополнительные методы исследования?

Задача 10

Мужчине 65-ти лет в течение полугода беспокоят боли и онемение в правой руке, слабость в ногах, периодическое недержание мочи. При обследовании выявлены снижение всех видов чувствительности в виде полосы на правой руке и туловище на уровне C_7-C_8 , слабость в обеих ногах, в правой до 3-х баллов, в левой до 4-х баллов, отсутствие рефлекса с трехглавой мышцы справа, оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского, ослабление болевой и температурной чувствительности на левой ноге и левой половине туловища до уровня Th_2 , снижение мышечно-суставного чувства в правой ноге.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Тема 6. Поражение каудальной группы черепных нервов. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы

Задача 1

У мужчины 70-ти лет быстро нарушается артикуляция речи («каша во рту») и возникает слабость в левых конечностях. При обследовании: язык отклоняется влево, внешне изменений языка нет; в левых конечностях обнаружены снижение силы и объема движений, оживление рефлексов, симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

У 65-летней женщины внезапно возникли нарушение речи («каша во рту») и слабость в правых конечностях. При обследовании через месяц после начала заболевания выявлены отклонение языка при высовывании, атрофия левой половины языка, снижение и объема движений в правых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

У мужчины 40 лет, перенесшего два месяца назад во время командировки в Сибири укус клеща, обнаружены атрофия обеих трапециевидных и грудно-ключично-сосцевидных мышц, снижение силы этих мышц, что проявляется в виде затруднения пожимания плечами и поворота головы в стороны, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?

Задача 4

У женщины 60-ти лет отмечаются поперхивание при еде, опущение правой половины мягкого нёба и ограничение ее подвижности при фонации, снижение правого глоточного рефлекса, утрата вкуса на задней трети языка справа.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?

Задача 5

У мужчины 70-ти лет выявляются осиплость голоса, нарушение глотания, изменение артикуляции речи («каша во рту»), ослабление подвижности мягкого нёба с обеих сторон, отсутствие глоточных рефлексов, ограниченное подвижности языка, атрофия и фибриляция языка.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 6

У женщины 65-ти лет при профилактическом осмотре выявлены девиация языка вправо, атрофия его правой половины без фасцикуляций. Других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 7

У 50-летней женщины после операции на щитовидной железе возникла осиплость голоса, при ларингоскопии выявлен паралич правой голосовой связки, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 8

У мужчины 60-ти лет отмечаются нарушение глотания, осиплость голоса, опущение левой дужки мягкого нёба и уменьшение ее подвижности при фонации, снижение левого глоточного рефлекса, ослабление болевой и температурной чувствительности на лице слева, на туловище и конечностях — справа.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 9

У мужчины 75-ти лет, перенесшего два церебральных инсульта, отмечаются поперхивание при еде, осиплость голоса, нарушение артикуляции речи («каша во рту»), ослабление подвижности мягкого нёба с обеих сторон, оживление глоточных и нижнечелюстного рефлексов, насильственный плач, снижение силы и объема движений во всех конечностях, оживление сухожильных рефлексов с обеих сторон, двусторонний симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 10

У женщины 70 лет отмечаются поперхивание при еде, осиплость голоса, нарушение артикуляции речи («каша во

рту); ослабление подвижности мягкого неба с обеих сторон, отсутствие глоточных рефлексов, оживление нижнечелюстного рефлекса, насильственный плач, снижение силы и объема движений во всех конечностях, их выраженные атрофии, фасцикуляции в мышцах конечностей, оживление сухожильных рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Тема 7. Симптомы поражения тройничного, лицевого и вестибулокохлеарного нервов, симптомы поражения мостомозжечкового угла

Задача 1

У мужчины 30-ти лет наблюдается асимметрия лица: слева сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, не удается выполнить мимические пробы, при попытке зажмуривания левое глазное яблоко уходит вверх, видна белковая оболочка глаза, слезотечение из левого глаза, левая глазная щель шире правой, левый глаз редко моргает, утрачен вкус на передних двух третях языка слева.

1. Какой у больного парез левой половины лица: центральный или периферический?
2. В чем проявляются симптом Белла и лагофтальм?
3. Локализация поражения?

Задача 2

У мужчины 60-ти лет слева сглажены лобная и носогубная складки, опущен угол рта, не удается выполнить мимические пробы, в правых конечностях отсутствуют движения, повышены тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

У 60-летней женщины справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, не выполняются мимические пробы, не спадается сухость глаза, утрачен вкус на передних двух третях языка слева, отмечается неприятное громкое восприятие звука в левом ухе.

1. Какой у больной парез левой половины лица: центральный или периферический?
2. Почему возникли сухость глаза, изменение вкуса и слуха?
3. Локализация поражения?

Задача 4

У женщины 55-ти лет слева сглажена носогубная складка и опущен угол рта, при улыбке отмечается перекос рта вправо; язык при высовывании отклоняется влево, инстинкт не изменен; в левых конечностях выявляются спастиче-

силы и объема движений, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 5

У мужчины 60-ти лет везикулёзные высыпания и боли в лобной области справа. При обследовании выявляется снижение всех видов чувствительности в лобной области справа, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?

Задача 6

У 50-летнего мужчины снижен слух на правое ухо, установлена нейросенсорная тугоухость; справа сплажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, затруднено выполнение мимических проб; ослаблены все виды чувствительности на правой половине лица; отмечается интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб справа.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 7

Женщину 70-ти лет беспокоят приступы кратковременной (несколько секунд) интенсивной боли по типу «прохождения электрического тока» в области левой нижней челюсти. Приступы боли возникают несколько раз в день, провоцируются разговором, жеванием и чисткой зубов. При обследовании вне приступа боли неврологических нарушений не выявлено.

1. Предполагаемое заболевание?
2. Лечение?

Задача 8

У женщины 75-ти лет в течение последних 5-ти лет наблюдаются периодические приступы сильного головокружения в виде ощущения вращения собственного тела и окружающих предметов. Приступы возникают при резких поворотах головы, продолжаются несколько суток, сопровождаются тошнотой. Вне приступа неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 9

У 70-летней женщины возникло сильное головокружение, появилось онемение правой половины лица и левых конечностей. Головокружение ощущается в виде вращения собственного тела, сопровождается тошнотой. При обследовании отмечается ослабление балльной и температурной чув-

ствительности на правой половине лица и в левой половине туловища и левых конечностях.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 10

У мужчины 70-ти лет справа спазмирована носогубная складка и опущен угол рта, при улыбке рот перекашивается влево; язык при высовывании отклоняется влево, внешне не изменен; в левых конечностях отсутствуют движения, оживлены сухожильные рефлексы, определяется симптом Бабинского; ослаблены все виды чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Тема 8. Глазодвигательные расстройства

Задача 1

У женщины 60-ти лет выявляются сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо, ограничение движения правого глазного яблока кнаружи.

1. Какая глазная мышца парализована?
2. Локализация поражения?

Задача 2

У мужчины 70-ти лет правый глаз закрыт, при подъеме века наблюдается мидриаз, движение правого глазного яблока возможно только кнаружи.

1. Какие глазные мышцы парализованы?
2. Локализация поражения?

Задача 3

У 50-летней женщины при ходьбе по лестнице возникает двоение при взгляде вниз. Движение левого глазного яблока вниз несколько ограничено, других нарушений нет.

1. Какие глазные мышцы парализованы?
2. Локализация поражения?

Задача 4

У женщины 70-ти лет после перенесенного церебрального инсульта глазные яблоки отклонены вправо, их движение влево ограничено; в левых конечностях нет движений, оживлены сухожильные рефлексы, выявляется симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 5

У 50-летнего мужчины левый глаз закрыт, при подъеме века наблюдается мидриаз, движение левого глазного яблока возможно только кнаружи; в правых конечностях отсутствуют движения, повышены тонус и рефлексия, определяется симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 6

Женщину 60-ти лет беспокоят боли в правой лобной области. При обследовании все виды чувствительности в области лба справа утрачены; правый глаз закрыт, при подъеме века наблюдается мидриаз, глазное яблоко неподвижно, других нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 7

У мужчины 50-ти лет отмечаются сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо; движение правого глазного яблока кнаружи невозможно, лобная и носогубная складки справа сглажены, утрачены движения всех мимических мышц справа; в левых конечностях выявляются снижение

объема и силы движений, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 8

У 75-летнего мужчины правый глаз закрыт, при подъеме век выявляется мидриаз, движение правого глазного яблока возможно только кнаружи; в левых конечностях выраженный интенционный тремор, других нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 9

Мужчине 40 лет беспокоит двоение предметов, у него наблюдается сходящееся косоглазие; движение глазных яблок кнаружи невозможно, других нарушений нет.

1. Какие глазные мышцы парализованы?
2. Локализация поражения?

Задача 10

У женщины 75-ти лет отмечаются эпизоды двоения, которые обычно появляются вечером и полностью проходят

утром; при обследовании выявлены двусторонний полуптоз, незначительные ограничения движения глазных яблок во все стороны, других нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?
4. Лечение?

Тема 9. Поражения зрительного и обонятельного нервов, зрительного бугра и внутренней капсулы

Задача 1

У мужчины 50-ти лет, страдающего стенокардией напряжения, внезапно развилась полная слепота на правый глаз, через 10 минут зрение полностью восстановилось. При обследовании изменений остроты зрения не найдено, при исследовании слезного дна отмечены признаки атеросклеротического поражения сосудов сетчатки.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 2

У 25-летней женщины в течение суток значительно снизилась острота зрения на оба глаза, при исследовании остроты зрения на правый глаз — 0,2, на левый глаз — 0,5, использование линз не улучшает зрение, глазное дно и компьютерная томография головы без изменений.

1. Неврологический синдром?

2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 3

У мужчины 60-ти лет, перенесшего инфаркт миокарда, внезапно развилась полная слепота, через минуту зрение восстановилось, но больной отметил «снижение зрения справа». При обследовании выявлено выпадение правого поля зрения правого глаза и правого поля зрения левого глаза, других нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 4

У 35-летней женщины на протяжении года ухудшается зрение. При обследовании отмечено выпадение левого поля зрения левого глаза и правого поля зрения правого глаза, острота зрения не снижена, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 5

У мужчины 65-ти лет, длительно страдающего артериальной гипертонией, внезапно развилась слабость в левых

конечностях. Объективно: выпадение левого поля зрения левого глаза и левого поля зрения правого глаза, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений и всех видов чувствительности в левых конечностях, симптом Бабинского слева.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 6

Женщина, 60 лет, после перенесенного год назад инсульта предъявляет жалобы на боли в левых конечностях. При обследовании; ослаблены все виды чувствительности слева, при пальце-носовой и пяточно-коленной пробах слева наблюдается промахивание при закрытых глазах, других нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Лечение боли?

Задача 7

У женщины 65-ти лет в течение двух недель возникли и нарастают нарушение зрения на правый глаз и двоение. При обследовании: снижена острота зрения до 0,3 на правый глаз, линзы не улучшают зрение, на глазном дне выявлены признаки венозного полнокровия и отека зрительного нерва, движение правого глазного яблока ограничено вверх, вниз и наружу, отмечается диплопия.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 8

У мужчины 30-ти лет после злоупотребления алкоголем снизилось зрение на оба глаза. Острота зрения на правый глаз 0,3, на левый глаз — 0,1, поля зрения и картина глазного дна без изменений, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?

Задача 9

У 55-летнего мужчины в течение нескольких месяцев отмечаются неправильности поведения, агрессивность. При обследовании отмечено снижение интеллекта, обоняние слева утрачено.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 10

Женщина, 65 лет, предъявляет жалобы на снижение обоняния. При обследовании неврологических нарушений не выявлено, за исключением существенного снижения обоня-

ния, при компьютерной томографии головы также не найдено изменений.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?

Тема 10. Нарушения высших мозговых функций

Задача 1

Больной 72-х лет, длительное время страдавший артериальной гипертензией, внезапно почувствовал слабость в правой руке и, в меньшей степени, в правой ноге, трудности подбора нужного слова при разговоре. При осмотре: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени, адекватен, выполняет все просьбы и инструкции врача. Собственная речь больного значительно затруднена: говорит отдельными словами, между которыми делает длительные паузы, слова грамматически не связаны между собой. Употребляет, в основном, существительные, которые произносит не всегда правильно: нередко повторяет отдельных звуков или слогов слова (например, говорит «рук-кур» вместо «рука»). Аналогичные ошибки отмечаются при повторении предложений или сложных слов за врачом. Попытка выразить свои мысли письменно также безуспешна. Выявляются парез нижней части мимических мышц справа, левизия языка вправо, правосторонний гемипарез с преобладанием в руке, повышенном рефлексов и симптомом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 2

Больная 69-ти лет в течение 20-ти лет страдает артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца. Однажды утром пожаловалась родственникам на плохое самочувствие, но не смогла конкретизировать свои жалобы. На вопросы отвечала невпопад и не всегда понятно. Обратились за медицинской помощью. При осмотре: больная в ясном сознании, растеряна, пытается объясниться, но речь больной непонятна, так как она «издает» близкие по звучанию слоги (например, «годо» и «юот», «бао» и «па»). Выразить свои мысли письменно больная не в состоянии. Просьба повторить за врачом фразу или отдельные слова встречает у больной недоумение. Другие просьбы и инструкции врачей больная также не выполняет или выполняет неправильно. Выявляются легкая (до 4-х баллов) слабость в правых конечностях, повышение рефлексов справа, утрата всех видов чувствительности на правой стороне тела.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 3

Больная 75-ти лет испытывает трудности в разговоре при подборе нужного слова. Впервые заметила подобные трудности около года назад, за это время они несколько усилились. В последние несколько лет отмечает повышенную забывчивость, что объясняет своим возрастом. Два года назад ездила в гости к старой подруге и с большим трудомшла дорогу домой. После этого эпизода старается одна не ходить далеко. Стала редко выходить из дома, так как в подь-

езде поставили новый кодовый замок, с которым пациентке сложно обращаться. При анализе речевого статуса обращает на себя внимание то, что пациентка старается избегать существительных, заменяя их местоимениями. Наиболее трудно больной «вспомнить» как называется тот или иной предмет, нередко она путает названия: например, говорит вместо «очки» «часы» и т.д. Подсказка первого звука сразу же помогает больной точно назвать предмет. Она может свободно повторять как отдельные слова, так и достаточно сложные фразы. Понимание простых фраз и команд не нарушено, грамматически сложная речь иногда вызывает некие трудности. Другие изменений в неврологическом статусе нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 4

Больной 62-х лет, длительно страдавший артериальной гипертензией, перенес несколько инсультов с относительно хорошим восстановлением двигательных нарушений. В течение последние 10 года наблюдаются неразборчивость речи, нарушение памяти, затруднения при самообслуживании. Больной отмечает, что ему бывает трудно четко произнести нужное слово. Также изменился тембр голоса: он стал менее звучным. Все это приводит к тому, что окружающие часто его не понимают и переспрашивают. Больной нередко поперхивается при еде. При осмотре: в ясном сознании, контактен, в месте и времени ориентирован правильно. Память на текущие и отдаленные события снижена; в целом, больной правильно выполняет предложенные задания.

ния, но делает это медленно, иногда ошибается из-за снижения концентрации внимания. Больной пытается говорить развернутыми, грамматически правильно построенными фразами, но из-за нечеткости произношения речь не всегда понятна, создается ощущение «каши во рту». Голос тихий. Обращают на себя внимание малоподвижность мягкого неба при фонации, оживление глоточных рефлексов, симптомы орального автоматизма. Других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 5

Больной 44-х лет обратился с жалобами на снижение памяти. Страдает алкоголизмом, месяц назад после злоупотребления алкоголем остро развилось помрачение сознания с дезориентацией в месте и времени, складывался косослазие, нарушение памяти на текущие события, шаткость и падения при ходьбе. В течение нескольких дней состояние улучшилось, больной находится в ясном сознании, регрессировали глазодвигательные расстройства. Однако остались выраженные нарушения памяти и неустойчивость при ходьбе. Поведение больного правильное. Достаточно подробно рассказывает о своем детстве и юности. Менее четкими оказываются воспоминания о событиях, непосредственно предшествующих болезни. Ничего не может рассказать о том, как он заболел. Апраксии и агнозии нет. При повторной беседе (на следующий день) больной не помнит, что уже знаком с врачом, затрудняется сказать, о чем они говорили накануне. Выявляются утрата чувствительности по типу «носков», отсутствие

ахилловых рефлексов, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытии глаз.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 6

Больная, 64 года, обратилась к врачу с жалобами на нарушения памяти. Рассказывает, что ничего не может припомнить о том, что произошло накануне, начиная приблизительно от трех часов дня и до девяти вечера. Предшествующие события помнит хорошо. При обследовании неврологических расстройств нет, память и другие высшие психические функции не нарушены. Из беседы с родственниками известно, что вчера на фоне полного благополучия больная вдруг встревожилась, заявила, что ей нужно домой (хотя находилась дома), не могла вспомнить, как зовут ее близких, какой сейчас год и т.д. Объяснения близких воспринимала адекватно, однако через короткое время вновь задавала те же вопросы. Не могла ничего рассказать о своей жизни. Отчетливо осознавала болезненность своего состояния, просила вызвать врача, но когда он приехал, очень удивилась. В беседе с врачом многократно через короткие промежутки времени спрашивала, как его зовут и по какому поводу он приехал. Около девяти часов вечера состояние нормализовалось, к больной вернулась память, за исключением событий острого эпизода.

1. Как расценить нарушение памяти?
2. Локализация поражения?
3. Прогноз заболевания?

Задача 7

Больная, 69 лет, обратилась с жалобой на значительное ухудшение зрения. Незадолго до обращения проконсультирована окулистом, поставлен диагноз: «Гиперметропия слабой степени». Однако ношение очков не привело к ощущаемому улучшению. В беседе с больной выясняется, что из-за плохого зрения она часто не узнает своих знакомых, что служит поводом для обид. Вместе с тем больная свободно читает без очков. Впрочем, читает она редко, поскольку «стало неинтересно». При осмотре выявлено выпадение правых полей зрения, других нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 8

Больной 56-ти лет обратился с жалобами на слабость и неловкость в правой руке, которые мешают при одевании и других произвольных действиях. Значительно ухудшился почерк. Одновременно отмечает, что стало трудно считать в уме, поэтому часто ошибается при расчетах в магазине. При осмотре: мышечная сила во всех конечностях достаточная, мышечный тонус обычный, координационные пробы выполняет без очевидных нарушений, однако несколько замедленно и неуверенно. В то же время, больной совершенно не может показать правой рукой, как причешиваются или как чистят зубы, при этом неправильно располагает воображаемую расческу или зубную щетку. Он также не различает собственные пальцы на правой руке, не может воспроизвести жесты врача, ухватить на ощупь предме-

ты, несмотря на сохранную тактильную и глубокую чувствительность.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 9

Больной, 67 лет, консультируется по настоянию родственников. По их словам, больной изменился в последнее время: стал менее общителен, утратил интерес к работе и семье, большую часть времени ничем не занимается, непрячет в одежде, научился открывать самостоятельно дверной замок и пользоваться бытовыми приборами. Сам активных жалоб не предъявляет. При обследовании: легко отвлекаем, время от времени всплывают побочные ассоциации, которые больной не контролирует, не может воспроизвести вслед за врачом серию последовательных движений: вместо серии «кулак-ребро-ладонь» больной стереотипно стучит кулаком по столу; других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача 10

У 63-летней больной, длительно страдавшей артериальной гипертензией, остро возникли слабость и онемение в левых конечностях. При обследовании выявлены выпаде-

ние левых полей зрения, парез нижней половины мимических мышц слева, девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях, симптом Бабинского слева, утрата всех видов чувствительности на левой половине тела. Несмотря на отсутствие движений в левых конечностях, больная заявила, что здорова и собирается идти домой. Когда лечащий врач обратил внимание пациентки на паретичную конечность, больная заявила, что «это вообще не моя рука». При внимательном наблюдении за больной было обнаружено, что она не замечает людей или предметов, которые находятся слева от нее.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Тема 11. Цереброспинальная жидкость. Менингеальный синдром. Внутрочерепная гипертензия

Задача 1

Молодой человек, 23 года, во время занятий спортом почувствовал внезапную сильную головную боль. После этого он потерял сознание, находился в бессознательном состоянии несколько минут и был доставлен в больницу бригадой «скорой медицинской помощи». При обследовании в больнице возбужден, жалуется на сильные головные боли, тошноту, говорит, что его раздражает яркий свет. Со слов сопровождающих в машине «скорой помощи» отмечалась рвота. В неврологическом статусе обнаружена резко выраженная ригидность мышц шеи, в связи с которой больной не дово-

дит подбородок до груди, определяются симптом Кернинга и верхний симптом Брудзинского.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные обследования?

Задача 2

Мужчина 55-ти лет во время физической нагрузки отметил внезапную сильную головную боль, была кратковременная утрата сознания. К врачам не обращался, принимал обезболивающие препараты, которые давали непродолжительный эффект. На восьмые сутки с начала заболевания в связи с сохраняющейся головной болью родственниками доставлен в больницу. При обследовании выявляется ригидность мышц шеи, пациент не доводит подбородок до груди, определяется симптом Кернинга с двух сторон. При люмбальной пункции получен желтокрасный ликвор, вытекающий под давлением 250 мм водн. ст. При микроскопии ликвора, после его центрифугирования, в осадке выявляется большое количество эритроцитов.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные обследования?

Задача 3

У девушки 19-ти лет в течение нескольких дней отмечается подъем температуры тела выше 38°C, беспокоят нарастающие по интенсивности головные боли. Она лечилась в поликлинике по месту жительства с диагнозом «Острая ре-

спираторная вирусная инфекция» без эффекта. В связи с нарастанием головной боли доставлена в стационар. При обследовании больная вялая, лежит с запрокинутой головой, старается не открывать глаза, говорит, что не переносит яркий свет. Температура тела 38,7°C, пульс — 92 в минуту, ритмичный. Кожные покровы влажные. В неврологическом статусе отмечается выраженная ригидность мышц шеи, которая не позволяет согнуть шею и привести подбородок к груди, и двухсторонний симптом Кернинга, других нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Задача 4

У девочки 6-ти лет на 7-е сутки эпидемического паротита отмечены подъем температуры тела до 39°C, сильнейшая головная боль и многократная рвота. В связи с этим девочка доставлена в стационар. При осмотре в стационаре ребенок вялый, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,4°C. В неврологическом статусе определяется ригидность шейных мышц, невозможность привести подбородок к груди, выявляются симптом Кернинга и верхний симптом Брудзинского. При люмбальной пункции получен ликвор, который слегка мутный, вытекает под давлением 180 мм водн. ст. При анализе ликвора число клеток равняется 431 в мкл, лимфоциты составляют 82% клеточного состава.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный диагноз?

Задача 5

Больной 46-ти лет, находящийся на диспансерном учете в связи с легкой формой туберкулеза, в течение трех недель предъявляет жалобы на постепенно нарастающую головную боль, повышенную утомляемость, снижение аппетита. После этого у больного отмечено повышение температуры тела до 39,2°C. При осмотре в стационаре больной жалуется на сильные головные боли, невозможность смотреть на свет. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского, других нарушений нет. При люмбальной пункции ликвор мутный, вытекает под давлением 290 мм водн. ст. При анализе ликвора число клеток — 456 в мкл, лимфоциты составляют 67% клеточного состава, содержание белка 5 г/л, содержание глюкозы — 20 мг%.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный диагноз?

Задача 6

Больной 58-ти лет, страдающий гипертонической болезнью, перенес субарахноидальное кровоизлияние. После выписки из больницы чувствовал себя хорошо, вернулся к работе и полностью справлялся с профессиональными обязанностями. Спустя три месяца после выписки стал ощущать нарастающие по интенсивности и продолжительности головные боли, а также нарастающую шаткость при ходьбе. Головные боли усиливаются в ночное время и периодически сопровождаются тошнотой. В неврологическом

статусе отмечается неустойчивость при ходьбе и в пробе Ромберга, апраксия ходьбы, других неврологических нарушений нет. При компьютерной рентгеновской томографии головного мозга выявлено симметричное расширение желудочковой системы. При осмотре глазного дна окулист обнаружил расширение вен, размытость границ дисков зрительных нервов, что расценил как «застойные диски зрительных нервов».

1. Неврологические синдромы?
2. Дополнительные обследования?
3. Патогенез неврологических нарушений?
4. Лечение?

Задача 7

Молодой человек 27-ти лет на протяжении трех месяцев ощущает постепенно нарастающие головные боли. В течение последней недели на высоте головной боли возникает рвота. При осмотре предъявляет жалобы на головную боль распирающего характера, тошноту. В неврологическом статусе не выявлено парезов и других очаговых неврологических синдромов. При осмотре глазного дна — расширение вен, размытость границ дисков зрительных нервов, что окулист расценил как «застойные диски зрительных нервов».

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный диагноз?

Задача 8

Женщина 35-ти лет, страдающая правосторонним хроническим средним отитом, в течение недели отметила быстро нарастающие головные боли, которые усиливаются в горизонтальном положении. Периодически возникает тошнота. В неврологическом статусе без четкой очаговой симптоматики. При осмотре окулиста обнаружены изменения, характерные для развивающегося застоя дисков зрительных нервов.

1. Неврологический синдром?
2. Дополнительные обследования?
3. Лечение?

Задача 9

Мужчина 57-ми лет, злоупотребляющий алкоголем, в состоянии опьянения получил травму головы. При обследовании в неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлялось. Сам больной предъявлял жалобы только на головную боль умеренной интенсивности. От дальнейшего обследования и лечения категорически отказался и самостоятельно покинул стационар. Повторно больной доставлен в стационар бригадой «скорой медицинской помощи» через 3-е суток. Со слов родственников после возвращения из больницы он жаловался на усиление головных болей, поводом для госпитализации послужило нарушение сознания. При обследовании в стационаре: кома, спонтанное дыхание сохранено, пульс — 58 ударов в минуту, артериальное давление — 140/80 мм рт. ст. Правый зрачок шире левого; реакция зрачка на свет справа отсутствует, слева вялая. В ответ на болевое раздражение возникают нецеленаправленные движения в правых конечностях, движений в левых конеч-

ностях нет. В левых конечностях тонус повышен по спастическому типу, оживлены сухожильные рефлексы, выявляется симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Причина ухудшения состояния и нарушения сознания?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Задача 10

У женщины 76-ти лет выявлена опухоль правой височной доли. В неврологическом статусе отмечалось только оживление сухожильных рефлексов в левых конечностях. От предложенного оперативного лечения пациентка отказалась. В течение 6-ти месяцев наблюдалась неврологом по месту жительства. Состояние начало ухудшаться за 3-е суток до повторной госпитализации, появилась и нарастала слабость в левых конечностях. За 2 часа до поступления нарушилось сознание. При обследовании в стационаре: сопор, на болевое раздражение пациентка открывает глаза, но в речевой контакт не вступает. Правый зрачок шире левого (справа), реакция правого зрачка на свет отсутствует. В ответ на болевые раздражения возникают нецеленаправленные движения только в правых конечностях. В левых конечностях движений нет, тонус повышен по спастическому типу, сухожильные рефлексы оживлены, выявляется симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Причина ухудшения состояния и нарушения сознания?
3. Врачебная тактика?

Тема 12. Расстройства сознания

Задача 1

Мужчина 70-ти лет доставлен в больницу в связи с внезапно возникшей слабостью в левых конечностях. При обследовании: больной ориентирован в собственной личности, месте и времени, на вопросы отвечает односложно, быстро истощается и засыпает. Меннгеальных симптомов нет, выявлены слабость нижней части мимической мускулатуры слева, отклонение языка при высказывании влево, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов слева, патологический рефлекс Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Степень и характер нарушения сознания?
3. Топический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?

Задача 2

Женщина 65-ти лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение и тошноту, которые возникли два часа назад. В течение 5-ти лет страдает мерцательной аритмией. При обследовании в приемном отделении выявлены мышечная гипотония и гипорефлексия, асинергия Бабинского, невозможность самостоятельно сидеть или стоять, других неврологических нарушений нет. В течение часа состояние больной ухудшилось. Сознание отсутствует, больная не реагирует на речь и болевые раздражения, часто зевает. Сохранились реакции зрачков на свет, роговичные рефлекс, но глоточные рефлекс отсутствуют, симптом Бабинского положительный с обеих сторон.

1. Неврологические синдромы?
2. Степень и характер нарушения сознания?
3. Топический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?

Задача 3

У 67-летней женщины, страдающей стенокардией напряжения, внезапно развиваются двоение предметов, опущение левого века, слабость в правых конечностях. При обследовании: спутанное состояние сознания, больная не реагирует на речь, произносит бессвязные слова, гримасой боли реагирует на болевые раздражения. Меннгеальных симптомов нет, протиз слева, расходящееся косоглазие, левое глазное яблоко повернуто кнаружи и вниз, левый зрачок расширен, на свет не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, сухожильные рефлексы повышены справа, отмечается симптом Бабинского справа.

1. Неврологические синдромы?
2. Степень и характер нарушения сознания?
3. Топический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?

Задача 4

Мужчина 50-ти лет, длительно страдающий артериальной гипертонией, доставлен в больницу в связи с внезапно развитым интенсивной головной боли, слабости в левых конечностях и последующим нарушением сознания. При обследовании: сознание отсутствует, гиперемия лица, артериальное давление 230/120 мм рт. ст., пульс — 110

ударов в минуту. Выявляется ригидность шейных мышц, глазные яблоки отведены вправо, сохранены зрачковые и роговичные рефлексы, отмечается парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. На болевые раздражения в правой половине лица, туловища и правых конечностях больной реагирует гримасой боли, в то время как слева реакция отсутствует.

1. Неврологические синдромы?
2. Степень и характер нарушения сознания?
3. Топический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Задача 5

Женщина 35-ти лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью, которая возникла днем во время физической работы. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: больная ориентирована в месте и времени, на вопросы отвечает односложно, жалуется на сильную головную боль, быстро истощается и периодически засыпает. Выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, парезов и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Степень и характер нарушения сознания?
3. Топический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Задача 6

Мужчина, 30 лет, во время автомобильной аварии получил удар по голове и потерял сознание на несколько минут. После возвращения сознания беспокоят головная боль, многократная рвота. При обследовании в стационаре пациент дезориентирован в месте и времени, обстоятельства травмы не помнит, на вопросы отвечает односложно, отмечается сонливость. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и ахилловых рефлексов с обеих сторон.

1. Неврологические синдромы?
2. Степень и характер нарушения сознания?
3. Локализация поражения?
4. Дополнительные обследования?

Задача 7

Мужчину 75-ти лет на протяжении двух суток беспокоит нарастающая головная боль и повышение температуры до 39°C. При обследовании: в сознании, ориентирован в месте и времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, отмечается сонливость. Выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон; других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Характер и степень нарушения сознания?
3. Топический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Задача 8

У мужчины 46-ти лет, хронического алкоголика, в период очередного запоя развиваются общая слабость, повторные рвоты и поносы. К ним присоединяются спутанность сознания, двоение и нарушение походки. При обследовании: больной на словесные команды не реагирует, говорит отдельные бессвязные слова, менингеальных симптомов нет, выявляются сходящееся косоглазие, ограничение движения глазных яблок кнаружи, горизонтальный и вертикальный нистагм. При магнитно-резонансной томографии головы обнаружены мелкоочаговые симметричные поражения в области ствола мозга, таламуса и гипоталамуса.

1. Неврологические синдромы?
2. Степень и характер нарушения сознания?
3. Врачебная тактика?

Задача 9

У 58-летнего мужчины, страдающего циррозом печени, появились и постепенно нарастают дневная сонливость, нарушения памяти и внимания, неадекватность суждений и поведения. Больной в сознании, ориентирован в собственной личности, в месте и времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, ошибается в интерпретации простых пословиц и поговорок, снижены память и концентрация внимания, зрачки узкие, ослаблены их реакция на свет. Других неврологических нарушений не выявлено.

1. Неврологические синдромы?
2. Характер и степень нарушения сознания?

3. Дополнительные обследования?
4. Лечение и прогноз заболевания?

Задача 10

У мужчины 62-х лет, больного сахарным диабетом, в течение дня появилась и нарасла общая слабость, возникла спутанность сознания. Со слов жены, в последние несколько дней отмечались колебания уровня сахара в крови, и больной самостоятельно, без консультации с врачом, увеличил дозу принимаемого инсулина. При обследовании: кожные покровы бледные и влажные, артериальное давление 140/90 мм рт. ст., частота пульса 90 ударов в минуту. Больной выполняет простейшие словесные инструкции, но дезориентирован в месте и времени, на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, менингеальных симптомов и других неврологических нарушений нет. При исследовании глюкозы в крови ее уровень составил 1,8 ммоль/л.

1. Характер и степень нарушения сознания?
2. Причины нарушения сознания?
3. Врачебная тактика?

Часть 2. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(В скобках указано количество правильных ответов)

Тема 1. Центральный и периферический парез

1. Для центрального пареза характерны (2):
 - 1) повышение мышечного тонуса по типу спастичности,
 - 2) оживление брюшных рефлексов,
 - 3) появление патологических рефлексов,
 - 4) раннее развитие атрофии.
2. Для периферического пареза типичны (3):
 - 1) мышечная гипотония,
 - 2) снижение сухожильных рефлексов,
 - 3) раннее развитие атрофии,
 - 4) симптом Бабинского,
 - 5) симптом Россолимо.
3. Центральный парез возникает при повреждении (2):
 - 1) постцентральной извилины,
 - 2) внутренней капсулы,
 - 3) заднего канатика спинного мозга,
 - 4) бокового канатика спинного мозга,
 - 5) передних рогов спинного мозга.

4. Периферический парез развивается при повреждении (2):
 - 1) прецентральной извилины,
 - 2) лучистого венца,
 - 3) переднего канатика спинного мозга,
 - 4) переднего спинномозгового корешка,
 - 5) нервно-мышечного синапса.
5. Ранняя атрофия мышц парализованной конечности встречается при повреждении (3):
 - 1) передних рогов спинного мозга,
 - 2) периферических нервов,
 - 3) мышц,
 - 4) основания ствола головного мозга,
 - 5) внутренней капсулы.
6. Симптом Бабинского справа возникает при повреждении (2):
 - 1) заднего канатика спинного мозга справа,
 - 2) внутренней капсулы слева,
 - 3) бокового канатика спинного мозга справа,
 - 4) зрительного бугра слева,
 - 5) правой нижней ножки мозжечка.
7. Атрофия мышц парализованной конечности не характерна для повреждения (2):
 - 1) мышц,
 - 2) нервно-мышечного синапса,
 - 3) бокового канатика спинного мозга,
 - 4) внутренней капсулы,
 - 5) периферического нерва.

8. Симптомы центрального пареза (3):

- 1) симптом Бабинского,
- 2) симптом Брудзинского,
- 3) симптом Кернига,
- 4) симптом Оппенгейма,
- 5) симптом Россолимо.

9. Нижний спастический парализ типичен для повреждения (2):

- 1) парацентральных долек обеих полушарий головного мозга,
- 2) передних рогов спинного мозга с двух сторон,
- 3) боковых канатиков спинного мозга с двух сторон,
- 4) задних канатиков спинного мозга с двух сторон,
- 5) периферических нервов нижних конечностей.

10. При повреждении внутренней капсулы обычно встречается (1):

- 1) монопарез руки,
- 2) монопарез ноги,
- 3) гемипарез,
- 4) нижний парализ,
- 5) тетрапарез.

11. Фасцикуляции характерны для повреждения (1):

- 1) передних рогов спинного мозга,
- 2) боковых канатиков спинного мозга,
- 3) периферических нервов,
- 4) нервно-мышечного сигнала,
- 5) мышц.

12. Снижение коленного рефлекса встречается при повреждении (2):

- 1) передних рогов спинного мозга на уровне L₂-L₃ сегментов,
- 2) передних рогов спинного мозга на уровне L₄-S₁ сегментов,
- 3) наружного кожного нерва бедра,
- 4) бедренного нерва,
- 5) сакрального нерва.

13. Снижение рефлекса с трехглавой мышцы плеча возникает при повреждении (2):

- 1) передних рогов спинного мозга на уровне C₂-C₄ сегментов,
- 2) передних рогов спинного мозга на уровне C₅-C₆ сегментов,
- 3) локтевого нерва,
- 4) лучевого нерва,
- 5) срединного нерва.

14. При повреждении правого бокового канатика спинного мозга на уровне грудных сегментов отмечается (1):

- 1) правосторонний гемипарез,
- 2) левосторонний гемипарез,
- 3) парез левой ноги,
- 4) парез правой ноги,
- 5) нижний парализ.

15. При повреждении лучевого нерва возникает парез (2)

- 1) двуглавой мышцы плеча,
- 2) трехглавой мышцы плеча,

- 3) мышцы, приводящей большой палец,
- 4) мышцы, отводящей мизинец,
- 5) разгибателей кисти и пальцев.

16. При повреждении малоберцового нерва наблюдается парез (1):

- 1) икроножной мышцы,
- 2) камбаловидной мышцы,
- 3) задней большеберцовой мышцы,
- 4) передней большеберцовой мышцы.

17. Гемипарез может возникнуть при повреждении (4):

- 1) внутренней капсулы,
- 2) лучистого венца,
- 3) ножки мозга,
- 4) половины основания ствола головного мозга,
- 5) бокового канатика спинного мозга на грудном уровне.

18. Для уточнения локализации поражения при центральном парезе конечности используют (2):

- 1) магнитно-резонансную томографию головы,
- 2) игольчатую электромиографию,
- 3) магнитную стимуляцию головного мозга,
- 4) биопсию периферического нерва,
- 5) биопсию мышц.

19. Признаки поражения передних рогов спинного мозга при игольчатой электромиографии (3):

- 1) фибрилляции,

- 2) фасцикуляции,
- 3) увеличение длительности потенциала двигательной единицы,
- 4) снижение амплитуды потенциала двигательной единицы.

20. Симптоматическое лечение спастичности (4):

- 1) лечебная гимнастика,
- 2) баклофен,
- 3) сирдалуд,
- 4) пирацетам (ноотропил),
- 5) введение в мышцу ботулинического токсина.

Вопросы 21-22 к задаче

У больного в правых конечностях выявляются слабость до 2-х баллов, повышение мышечного тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, гиперрефлексия, симптом Бабинского.

21. Неврологические симптомы (3):

- 1) гемипарез,
- 2) монопарез,
- 3) спастичность,
- 4) мышечная ригидность,
- 5) патологический рефлекс.

22. Локализация поражения (1):

- 1) боковой канатик в грудном отделе спинного мозга справа.

- 2) задний канатик в шейном отделе спинного мозга справа,
- 3) зрительный бугор слева,
- 4) зрительный бугор справа,
- 5) внутренняя капсула слева.

Вопросы 23-25 к задаче

У мужчины 30-ти лет утром после сна развилась слабость в правой кисти. При обследовании выявлены невозможность разгибания правой кисти и пальцев, противопоставления большого пальца, мышечная гипотония и отсутствие рефлекса с трехглавой мышцы в правой руке.

23. Неврологический синдром (1):

- 1) периферический парез кисти,
- 2) центральный парез кисти,
- 3) смешанный парез кисти.

24. Локализация поражения (1):

- 1) прецентральная извилина слева,
- 2) боковой канатик спинного мозга на шейном уровне справа,
- 3) правый лучевой нерв,
- 4) правый срединный нерв,
- 5) правый локтевой нерв.

25. Рекомендуемый дополнительный метод исследования (1):

- 1) компьютерная томография головы,
- 2) магнитно-резонансная томография головы.

- 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга,
- 4) магнитная стимуляция головного мозга,
- 5) электронейромиография.

Вопросы 26-28 к задаче

У мужчины 60-ти лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании: в правой ноге парез в проксимальных отделах до 4-х баллов, в стопе — до 2-х баллов, тонус повышен преимущественно в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского.

26. Неврологические симптомы (3)2:

- 1) монопарез ноги,
- 2) спастичность,
- 3) гиперрефлексия,
- 4) мышечная ригидность.

27. Локализация поражения (1):

- 1) правый малоберцовый нерв,
- 2) боковой канатик спинного мозга в грудном отделе справа,
- 3) правый большеберцовый нерв,
- 4) зрительный бугор слева.

28. Дополнительный метод исследования (1):

- 1) биопсия мышц,
- 2) игольчатая электромиография,
- 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга,
- 4) электронейромиография.

Вопросы 29-30 к задаче

У женщины 60-ти лет постепенно развиваются слабость и похудание нижних, а затем и верхних конечностей. При обследовании во всех конечностях выявляются выраженные атрофии, особенно в мышцах кистей, мышечные подергивания, рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского, мышечная гипотония.

29. Неврологический синдром (1):

- 1) периферический тетрапарез,
- 2) центральный тетрапарез,
- 3) смешанный тетрапарез.

30. Локализация поражения (2):

- 1) корково-спинномозговой (пирамидный) путь,
- 2) нервно-мышечный синапс,
- 3) передние рога спинного мозга,
- 4) задние рога спинного мозга.

Тема 2. Экстрапирамидные двигательные расстройства

1. Изменения мышечного тонуса при паркинсонизме (2):

- 1) гипотония,
- 2) феномен «складного покла»,
- 3) спастичность,
- 4) феномен «зубчатого колеса»,
- 5) ригидность.

2. Тремор при паркинсонизме (2):
 - 1) наблюдается в покое,
 - 2) усиливается при движениях,
 - 3) усиливается при определенных позах (постуральный),
 - 4) усиливается во сне,
 - 5) дебютирует с дрожания головы.

3. При паркинсонизме могут наблюдаться (4):

- 1) редкое мигание,
- 2) ортостатическая гипотония,
- 3) деменция,
- 4) ретро- и латеропульсинг,
- 5) центральный парез конечностей.

4. Для диагностики паркинсонизма обязательно наличие (1):

- 1) ригидности,
- 2) гипокинезии,
- 3) тремора,
- 4) постуральных нарушений,
- 5) вегетативных нарушений.

5. Самая частая этиологическая форма паркинсонизма (1):

- 1) атеросклеротический паркинсонизм,
- 2) нейролептический паркинсонизм,
- 3) постэнцефалитический паркинсонизм,
- 4) посттравматический паркинсонизм,
- 5) идиопатический паркинсонизм.

6. Противопаркинсонические препараты (3):

- 1) наком,
- 2) мидантан, (амантадин)
- 3) мирапекс,
- 4) мидокалм,
- 5) сирдалуд.

7. Для болезни Паркинсона характерно (1):

- 1) начало в молодом возрасте,
- 2) дебюте дрожания головы,
- 3) внезапное развитие симптомов,
- 4) преобладание симптомов с одной стороны (гемипаркинсонизм).

8. Применение циклодола у пожилых больных паркинсонизмом может привести к (1):

- 1) мышечной гипотонии,
- 2) когнитивным нарушениям,
- 3) вегетативным и тазовым нарушениям,
- 4) психотическим нарушениям (галлюцинациям).

9. Побочные эффекты от приема препаратов L-ДОФА при паркинсонизме (3):

- 1) гиперкинезы,
- 2) тошнота,
- 3) психотические нарушения (галлюцинации),
- 4) эпилептические припадки,
- 5) ночной энурез.

10. Достоверный критерий сосудистого паркинсонизма (1):

- 1) пожилой и старческий возраст больного,
- 2) отсутствие эффекта от противопаркинсонических препаратов,
- 3) дрожательная форма паркинсонизма,
- 4) акинетико-ригидная форма паркинсонизма,
- 5) выявление инфаркта в ножке мозга при МРТ головы.

11. Эссенциальный тремор (3):

- 1) чаще возникает в молодом возрасте,
- 2) сочетается с гипокинезией,
- 3) носит поструральный характер,
- 4) усиливается при приеме алкоголя,
- 5) усиливается при эмоциональном напряжении.

12. Эссенциальный тремор (2):

- 1) возникает при приеме нейролептиков,
- 2) возникает при приеме транквилизаторов,
- 3) усиливается при курении,
- 4) имеет семейный (наследственный) генез,
- 5) исчезает в период сна.

13. Лечение эссенциального тремора (2):

- 1) наком,
- 2) мидантан (амантадин),
- 3) циклодол,
- 4) пропранолол (анаприлин),
- 5) антелепсин (клоназепам).

14. Невротические тики (4):

- 1) начинаются в детском возрасте,
- 2) усиливаются при волнении,
- 3) локализуются в мимических мышцах,
- 4) проходят во сне,
- 5) сочетаются с копролалией.

15. Невротические тики связывают с (1):

- 1) поражением черной субстанции,
- 2) поражением зрительного бугра,
- 3) поражением хвостатого ядра,
- 4) эмоциональным напряжением.

16. В зрелом возрасте невротиические тики обычно (1):

- 1) появляются впервые в жизни,
- 2) усиливаются,
- 3) ослабевают или исчезают.

17. Для синдрома Туретта характерны (4):

- 1) вокальные тики,
- 2) генерализованные тики,
- 3) эффект от приема нейролептиков,
- 4) феномен «зубчатого колеса»,
- 5) копролалия.

18. Для мышечной дистонии наиболее характерно (1):

- 1) спастичность,
- 2) ригидность,
- 3) дрожание,
- 4) патологические позы.

- 5) центральные парезы конечностей.

19. Локальные формы мышечной дистонии (3):

- 1) надъядерный паралич,
- 2) блефароспазм,
- 3) писчий спазм,
- 4) центральной монопарез,
- 5) спастическая кривошея.

20. Лечение локальных форм мышечной дистонии (1):

- 1) новокаиновые блокады,
- 2) пиявок,
- 3) мидантап,
- 4) ботулинический токсин.

Вопросы 21 -22 к задаче

Женщина 25-ти лет предъявляет жалобы на дрожание пальцев рук, которое усиливается при волнении. При приеме алкоголя дрожание ослабевает, но на следующий день несколько усиливается. Объективно: дрожание в пальцах рук в покое небольшое, но оно усиливается в определенных положениях рук, особенно в пробе Ромберга, наблюдается дрожание головы; выполнение координаторных проб удовлетворительное; других изменений в неврологическом статусе нет.

21. Неврологические симптомы (2):

- 1) атетодный гиперкинез,
- 2) интentionный тремор,
- 3) атаксия,

- 4) постуральный тремор.
- 5) тремор покоя.

22. Диагноз (1):

- 1) болезнь Паркинсона,
- 2) малая хорea,
- 3) эссенциальный тремор,
- 4) хорea Гентингтона,
- 5) невротические тики.

Вопросы 23-25 к задаче

У мужчины 60-ти лет появились и в течение года постепенно нарастают дрожание и скованность в правой руке. Объективно: гипомимия, монотонность речи, в правой руке дрожание по типу «счета монет», повышение тонуса мышц с феноменом «зубчатого колеса», замедление темпа движений; при ходьбе отсутствуют физиологические синкинезы в правой руке; других неврологических нарушений нет.

23. Неврологические симптомы (2):

- 1) спастичность,
- 2) акейрохизел,
- 3) интенционный тремор,
- 4) гипокинезия,
- 5) сенситивная атаксия.

24. Диагноз (1):

- 1) болезнь Паркинсона,
- 2) эссенциальный тремор,
- 3) хорea Гентингтона.

- 4) мышечная дистония (гемиспазм),
- 5) гемибаллизм.

25. Лечение (2):

- 1) наком,
- 2) баклофен,
- 3) мипрапекс,
- 4) клозазем.

Вопросы 26-28 к задаче

Юношу 16-ти лет в течение 10 лет беспокоят непроизвольные стереотипные движения в мышцах лица, плечевого пояса и верхних конечностей, отмечаются непроизвольные выкрикивания отдельных звуков, сопение, «хрюканье». Объективно: непроизвольные быстрые повторяющиеся движения в лице, плечевого пояса и конечностях, непроизвольные звуки по типу «хрюканья» и сопения; других неврологических нарушений нет.

26. Неврологический симптом (1):

- 1) атетоз,
- 2) тики,
- 3) хорea,
- 4) гемибаллизм,
- 5) постуральный тремор.

27. Диагноз (1):

- 1) синдром Туретта,
- 2) хорea Гентингтона,
- 3) малая хорea.

- 4) неврологические тики,
- 5) мышечная дистония.

28. Лечение (1):

- 1) антаприлин (пропранолол),
- 2) наком,
- 3) циклодол,
- 4) галоперидол,
- 5) ботулинический токсин.

Вопросы 29-30 к задаче

Женщину 50-ти лет в течение двух лет беспокоит произвольный поворот головы влево, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечаются произвольный поворот головы влево, тоническое напряжение грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа, при сидении больная придерживает указательным пальцем левой руки нижнюю челюсть, что уменьшает степень поворота головы; других неврологических нарушений нет.

29. Диагноз (1):

- 1) болезнь Паркинсона,
- 2) хорea Гентингтона,
- 3) мышечная дистония,
- 4) малая хорea,
- 5) синдром Туретта.

30. Лечение (1):

- 1) пропранолол,

- 2) амантадин,
- 3) пимозид,
- 4) галоперидол,
- 5) ботулинический токсин.

Тема 3. Нарушения координации

1. Для мозжечковой атаксии характерны (3):
 - 1) интенционный тремор,
 - 2) значительное усиление атаксии при закрытых глазах,
 - 3) инстаги,
 - 4) оживление сухожильных рефлексов,
 - 5) мышечная гипотония.

2. Мозжечковая атаксия может возникнуть при поражении (3):

- 1) задних канатиков спинного мозга,
- 2) полушарий мозжечка,
- 3) ножек мозжечка,
- 4) внутренней капсулы,
- 5) червя мозжечка.

3. При сенситивной атаксии наблюдаются (2):

- 1) скандированная речь,
- 2) значительное усиление атаксии при закрытых глазах,
- 3) инстаги,
- 4) утрата глубокой чувствительности,
- 5) интенционный тремор.

4. Сенситивная атаксия может возникать при поражении (2):

- 1) мозжечка,
- 2) боковых канатиков спинного мозга,
- 3) лобной доли,
- 4) периферических нервов,
- 5) зрительного бугра.

5. Для вестибулярной атаксии типичны (3):

- 1) нистагм,
- 2) интенционный тремор,
- 3) тошнота, рвота,
- 4) аднадехокинез,
- 5) системное головокружение.

6. Вестибулярная атаксия может возникать при поражении (3):

- 1) спинного мозга,
- 2) ствола головного мозга,
- 3) мозжечка,
- 4) VIII черепного нерва,
- 5) полукружных канальцев.

7. Для лобной атаксии характерно (1):

- 1) интенционный тремор,
- 2) нистагм,
- 3) мышечная гипотония,
- 4) неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе.

8. Пробы для выявления атаксии (3):

- 1) проба Бабинского,

- 2) тадемпная ходьба,
- 3) проба Ромберга,
- 4) проба Барре,
- 5) исследование стереогностического чувства.

9. При поражении червя мозжечка определяются (4):

- 1) нистагм,
- 2) мышечная гипотония,
- 3) асинергия Бабинского,
- 4) неустойчивость в пробе Ромберга,
- 5) атетоз.

10. При поражении левого полушария мозжечка наблюдаются (2):

- 1) гиперрефлексия в правой руке,
- 2) гиперрефлексия в левой руке,
- 3) интенционный тремор в правой руке,
- 4) интенционный тремор в левой руке,
- 5) аднадехокинез в левой руке.

Вопросы 11—12 к задаче

У пациента в левых конечностях мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево.

11. Тип атаксии (1):

- 1) мозжечковая,
- 2) вестибулярная,
- 3) сенситивная,

- 4) лобная,
- 5) смешанная (мозжечковая + сенситивная)

12. Локализация поражения (1):

- 1) задние канатки спинного мозга справа,
- 2) задние канатки спинного мозга слева,
- 3) ствол мозга,
- 4) левое полушарие мозжечка,
- 5) левая лобная доля.

Вопросы 13-14 к задаче

У пациента мышечная гипотония, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе координаторные пробы в конечностях без грубых нарушений, расстройства чувствительности нет.

13. Тип атаксии

- 1) мозжечковая
- 2) вестибулярная
- 3) сенситивная
- 4) лобная,
- 5) смешанная (мозжечковая + сенситивная)

14. Локализация поражения

- 1) правое полушарие мозжечка
- 2) левое полушарие мозжечка
- 3) спинной мозг
- 4) червь мозжечка,
- 5) темная доля.

Вопросы 15-17 к задаче

У пациента гипестезия в ногах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усугубляющаяся при закрытых глазах.

15. Неврологические нарушения (2)

- 1) сенситивная атаксия
- 2) нижний центральный паралич
- 3) паниневронитический тип расстройства чувствительности
- 1) мозжечковая атаксия
- 2) вестибулярная

16. Локализация поражения (1)

- 1) периферические нервы
- 2) задние канатки спинного мозга
- 3) ствол мозга
- 4) червь мозжечка
- 5) лабиринт

17. Дополнительные методы исследования (1)

- 1) магнитно-резонансная томография головы
- 2) компьютерная томография головы
- 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга
- 4) магнитная стимуляция головного мозга
- 5) электронейромиография

Вопросы 18-20 к задаче

У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония.

тония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.

18. Неврологические нарушения (2):

- 1) сегментарно-корешковый тип расстройства чувствительности,
- 2) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности
- 3) спинальный проводниковый тип расстройства чувствительности,
- 4) мозжечковая атаксия
- 5) сенситивная атаксия.

19. Локализация поражения (1):

- 1) периферические нервы.
- 2) задние канатки спинного мозга.
- 3) передняя серая субстанция.
- 4) червь мозжечка
- 5) задние корешки.

20. Дополнительный метод исследования (1):

- 1) магнитно-резонансная томография головы,
- 2) магнитно-резонансная томография спинного мозга,
- 3) электромиография
- 4) магнитная стимуляция головного мозга,
- 5) электронейромиография.

Вопросы 21-23 к задаче

У пациента нистагм, скандированная речь; в ногах спазм стопы, тонус повышен, рефлексы оживлены, двусторон-

ний симптом Бабинского; в левых конечностях — интенционный тремор; чувствительных нарушений нет.

21. Неврологические нарушения (2):

- 1) сенситивная атаксия,
- 2) нижний центральный парализ,
- 3) вестибулярная атаксия,
- 4) мозжечковая атаксия
- 5) смешанная (сенситивная + мозжечковая) атаксия.

22. Локализация поражения (2):

- 1) левое полушарие мозжечка,
- 2) задние канатки спинного мозга,
- 3) боковые канатки спинного мозга,
- 4) передние рога спинного мозга,
- 5) лабиринт.

23. Дополнительные методы исследования (2):

- 1) магнитно-резонансная томография головы,
- 2) электромиография,
- 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга,
- 4) электронейромиография.

Вопросы 24-25 к задаче

Вертикальный нистагм, скандированная речь, интенционный тремор в конечностях, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, нарушений чувствительности нет.

24. Тип атаксии (1):

- 1) мозжечковая,
- 2) вестибулярная,
- 3) сенситивная,
- 4) лобная,
- 5) смешанная (сенситивная + мозжечковая) атаксия.

25. Локализация поражения (1):

- 1) мозжечок,
- 2) задние канатки спинного мозга,
- 3) лабиринт,
- 4) периферические нервы,
- 5) лобная доля.

Вопросы 26-27 к задаче

У пациента отмечаются нарушения поведения, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторная проба в конечностях без изменений, парезов и расстройств чувствительности нет.

26. Тип атаксии (1):

- 1) мозжечковая,
- 2) вестибулярная,
- 3) сенситивная,
- 4) лобная,
- 5) смешанная (сенситивная + мозжечковая) атаксия.

27. Локализация поражения (1):

- 1) мозжечок,
- 2) спинной мозг,
- 3) ствол мозга,

- 4) вестибулокохлеарные нервы,
- 5) лобные доли.

Вопросы 28-30 к задаче

У пациента утрачены все виды чувствительности в ногах по типу «онокле», гипотония мышц ног, отсутствуют ахилловы рефлексы, в пробе Ромберга и при ходьбе неустойчив, с закрытыми глазами стоять не может, интенционный тремор в конечностях, сила в конечностях достаточная.

28. Неврологические синдромы (2):

- 1) полиневронитический тип расстройства чувствительности,
- 2) смешанная (сенситивная + мозжечковая) атаксия,
- 3) вестибулярная атаксия,
- 4) нижний периферический парализ,
- 5) нижний центральный парализ.

29. Локализация поражения (2):

- 1) задние канатки спинного мозга,
- 2) боковые канатки спинного мозга,
- 3) периферические нервы,
- 4) передние корешки спинного мозга,
- 5) мозжечок.

30. Дополнительные методы исследования (2):

- 1) магнитно-резонансная томография головы,
- 2) магнитно-резонансная томография спинного мозга,
- 3) электронейромиография,
- 4) магнитная стимуляция головного мозга.

Тема 4. Расстройства чувствительности

1. Виды глубокой чувствительности (2):

- 1) мышечно-суставное чувство,
- 2) болевая чувствительность,
- 3) вибрационная чувствительность,
- 4) температурная чувствительность.

2. Виды поверхностной чувствительности (3):

- 1) болевая,
- 2) тактильная,
- 3) температурная,
- 4) вибрационная.

3. Первый нейрон проводящего пути поверхностной чувствительности расположен в (1):

- 1) коже,
- 2) межпозвоночном ганглии,
- 3) заднем роге спинного мозга,
- 4) зрительном бугре,
- 5) постцентральной извилине.

4. Третий нейрон проводящего пути глубокой чувствительности расположен в (1):

- 1) мышце,
- 2) межпозвоночном ганглии,
- 3) заднем роге спинного мозга,
- 4) зрительном бугре,
- 5) постцентральной извилине.

5. Ощущение «ползания мурашек» без внешнего раздражения — это (1):

- 1) гипертатия,
- 2) гиперестезия
- 3) парестезия,
- 4) аллодиния,
- 5) гипералгезия.

6. Сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности возникает при поражении (2):

- 1) задних канатиков спинного мозга,
- 2) задних рогов спинного мозга,
- 3) боковых канатиков спинного мозга,
- 4) передней серой спайки.

7. Нарушение чувствительности по типу «перчаток» и «маски» определяется при поражении (1):

- 1) периферических нервов,
- 2) задних корешков спинного мозга,
- 3) задних рогов спинного мозга,
- 4) передней серой спайки,
- 5) задних канатиков спинного мозга.

8. Гемипарестезия наблюдается при поражении (2):

- 1) внутренней капсулы,
- 2) передней серой спайки,
- 3) зрительного бугра,
- 4) задних канатиков спинного мозга.

9. При поражении задних канатиков спинного мозга может встречаться (3):

- 1) мышечная гипотония,
- 2) гипорефлексия,
- 3) сенситивная атаксия,
- 4) периферический парез конечности,
- 5) интенционный тремор.

10. При поражении спиноталамического пути утрачивается (2):

- 1) болевая чувствительность,
- 2) тактильная чувствительность,
- 3) температурная чувствительность,
- 4) вибрационная чувствительность,
- 5) стереогностическое чувство.

11. Спинальный проводниковый тип расстройства чувствительности возникает при поражении (1):

- 1) боковых канатиков спинного мозга,
- 2) задних рогов спинного мозга,
- 3) боковых рогов спинного мозга,
- 4) передних канатиков спинного мозга,
- 5) внутренней капсулы.

12. Какие виды чувствительности нарушаются при поражении задних рогов спинного мозга (2):

- 1) болевая,
- 2) тактильная,
- 3) температурная,
- 4) вибрационная,
- 5) мышечно-суставное чувство.

13. Какие виды чувствительности утрачиваются при поражении задних канатиков спинного мозга (3):

- 1) болевая,
- 2) вибрационная,
- 3) температурная,
- 4) тактильная,
- 5) суставно-мышечное чувство.

14. К антиноцицептивной системе относят (2):

- 1) субстанцию Р,
- 2) эндорфины,
- 3) гистамин,
- 4) энкефалины.

15. Система «воротного контроля боли» локализуется на уровне (1):

- 1) периферических нервов,
- 2) задних корешков,
- 3) задних рогов,
- 4) спиноталамического тракта,
- 5) задних канатиков спинного мозга.

16. Невропатическая боль возникает при поражении (3):

- 1) болевых рецепторов,
- 2) периферического нерва,
- 3) передних рогов спинного мозга,
- 4) задних корешков спинного мозга,
- 5) зрительного бугра.

17. Типы боли (2):

- 1) ассоциированная,
- 2) ноцицептивная,
- 3) диссоциированная,
- 4) идиопатическая,
- 5) психогенная.

18. Гиперпатия характерна для поражения (1):

- 1) заднего корешка,
- 2) бокового канатика спинного мозга,
- 3) переднего канатика спинного мозга,
- 4) заднего канатика спинного мозга,
- 5) зрительного бугра.

19. Лечение центральной боли (2):

- 1) большие дозы ненаркотических анальгетиков,
- 2) карбамазепин (финлепсин),
- 3) наркотические анальгетики,
- 4) антидепрессанты (амитриптилин).

20. Истинный (первичный) астереогноз возникает при поражении (1):

- 1) задних рогов спинного мозга,
- 2) задних канатиков спинного мозга,
- 3) зрительного бугра,
- 4) теменной доли,
- 5) лобной доли.

Вопросы 21-22 к задаче

У больного выявляется нарушение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», других нарушений нет.

21. Тип нарушения чувствительности (1):

- 1) мононевропатический,
- 2) полиневропатический,
- 3) сегментарно-корешковый,
- 4) сегментарно-диссоциированный,
- 5) проводниковый.

22. Локализация поражения (2):

- 1) периферический нерв,
- 2) задние рога спинного мозга,
- 3) задние корешки,
- 4) передняя серая спайка.

Вопросы 23-24 к задаче

У больного нарушены все виды чувствительности в ногах по типу «гильфы», отсутствуют ахилловы рефлексы.

23. Тип нарушения чувствительности (1):

- 1) мононевропатический,
- 2) полиневропатический,
- 3) сегментарно-вертебральный,
- 4) сегментарно-диссоциированный,
- 5) спинальный проводниковый.

24. Локализация поражения (1):

- 1) периферические нервы,
- 2) задние корешки,
- 3) боковые канатки спинного мозга,
- 4) задние канатки спинного мозга,
- 5) передняя серая спайка.

Вопросы 25-26 к задаче

Больного беспокоят шаткость при ходьбе, падения. Объективно: утрачено суставно-мышечное чувство в обеих ногах, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе пошатывание, которое значительно усиливается, когда больной закрывает глаза.

25. Тип нарушения чувствительности (1):

- 1) полиневропатический,
- 2) сегментарно-корешковый,
- 3) сегментарно-диссоциированный,
- 4) спинальный проводниковый,
- 5) корковый.

26. Локализация поражения:

- 1) периферические нервы,
- 2) задние корешки,
- 3) задние рога спинного мозга,
- 4) задние канатки спинного мозга,
- 5) боковые канатки спинного мозга.

Вопросы 27-28 к задаче

У больного утрачены все виды чувствительности на левой половине тела, в левой руке и ноге.

27. Тип нарушения чувствительности (1):

- 1) сегментарно-корешковый,
- 2) сегментарно-диссоциированный,
- 3) полиневропатический,
- 4) спинальный проводниковый,
- 5) церебральный.

28. Локализация поражения (2):

- 1) перешеек спинного мозга,
- 2) внутренняя капсула,
- 3) верхние отделы постцентральной извилины,
- 4) зрительный бугор.

Вопросы 29-30 к задаче

Больного беспокоят боли в поясничной области и задней поверхности левой ноги. Объективно: утрачены все виды чувствительности в виде «лампаса» по задней поверхности левой ноги и наружному краю стопы, отсутствует левый ахиллов рефлекс.

29. Тип нарушения чувствительности (1):

- 1) сегментарно-корешковый,
- 2) сегментарно-диссоциированный,
- 3) полиневропатический,
- 4) мононевропатический,
- 5) спинальный проводниковый.

30. Локализация поражения (1):

- 1) задний пятый поясничный корешок,
- 2) задний первый крестцовый корешок,
- 3) малоберцовый нерв,
- 4) большеберцовый нерв,
- 5) бедренный нерв.

Тема 5. Спинальный мозг, симптомы поражения на разных уровнях

1. При поражении передних рогов спинного мозга возникают (3):

- 1) парез мышц,
- 2) утрата рефлексов,
- 3) фасцикуляции,
- 4) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности,
- 5) проводниковый тип расстройства чувствительности.

2. При поражении шейного утолщения наблюдаются (3):

- 1) периферический парез верхних конечностей,
- 2) проводниковый тип расстройства чувствительности,
- 3) периферический парез нижних конечностей,
- 4) нарушение функций тазовых органов,
- 5) мозжечковая атакия.

3. При поражении поясничного утолщения отмечаются (2):

- 1) расстройство чувствительности по сегментарно-диссоциированному типу,
- 2) расстройство чувствительности по сегментарно-корешковому типу,

- 3) парез нижних конечностей,
- 4) утрата всех брюшных рефлексов,
- 5) утрата коленных и ахилловых рефлексов.

4. При поражении задних рогов спинного мозга возникает (1):

- 1) расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу,
- 2) расстройство болевой чувствительности по проводниковому типу,
- 3) периферический парез,
- 4) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности.

5. Синдром Бернара—Горнера появляется при поражении сегментов спинного мозга на уровне (1):

- 1) C_4-C_5 ,
- 2) C_5-C_7 ,
- 3) C_8-Th_1 ,
- 4) Th_2-Th_3 ,
- 5) Th_4-Th_5 .

6. При поражении задних столбов на грудном уровне отмечаются (3):

- 1) мышечная гипотония в ногах,
- 2) центральный парез нижних конечностей,
- 3) периферический парез нижних конечностей,
- 4) сенситивная атакия,
- 5) проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности в ногах.

7. При поражении правой половины поперечника спинного мозга на грудном уровне определяются (2):

- 1) центральный парез правой ноги,
- 2) центральный парез левой ноги,
- 3) снижение суставно-мышечного чувства в правой ноге,
- 4) снижение болевой чувствительности в правой ноге,
- 5) нарушение функции тазовых органов.

8. Сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности наблюдается при поражении (2):

- 1) передних рогов,
- 2) задних рогов,
- 3) боковых рогов,
- 4) передней серой связки,
- 5) задних канатиков спинного мозга.

9. При поражении спиноталамического пути в спинном мозге расстройства чувствительности выявляются на туловище с уровня (1):

- 1) поражения,
- 2) на два сегмента выше поражения,
- 3) на два сегмента ниже поражения,
- 4) на четыре сегмента выше поражения,
- 5) на четыре сегмента ниже поражения.

10. Базис субарахноидального пространства спинного мозга может быть определен при помощи (2):

- 1) рентгенографии позвоночника,
- 2) магнитно-резонансной томографии спинного мозга,
- 3) электромиографии,

- 4) электроцефалографии,
- 5) люмбальной пункции с ликвородинамическими пробами.

11. Проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности возникает при поражении (1):

- 1) передних канатиков,
- 2) боковых канатиков,
- 3) задних канатиков,
- 4) передних рогов,
- 5) задних рогов.

12. При поражении правой половины шейного утолщения встречается (3):

- 1) периферической парез правой руки,
- 2) утрата глубокой чувствительности в левой ноге,
- 3) утрата поверхностной чувствительности в левой ноге,
- 4) центральный парез правой ноги,
- 5) нарушение функции тазовых органов.

13. Истинное недержание мочи возникает при поражении (2):

- 1) шейного утолщения,
- 2) грудного отдела спинного мозга,
- 3) поясничного утолщения,
- 4) конуса спинного мозга,
- 5) конского хвоста.

14. Императивные позывы на мочеиспускание наблюдаются при двустороннем поражении (1):

- 1) передних рогов шейного утолщения,
- 2) передних рогов поясничного утолщения,
- 3) передних канатиков,
- 4) задних канатиков,
- 5) боковых канатиков.

Вопросы 15-17 к задаче

У пациента в левой ноге выявлены снижение силы, повышение коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского, в правой ноге и половине туловища — ослабление болевой и температурной чувствительности с уровня Th₁₀.

15. Синдромы (2):

- 1) центральный парез левой ноги,
- 2) периферический парез левой ноги,
- 3) проводниковый тип расстройства чувствительности,
- 4) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности,
- 5) сенситивная атакия.

16. Локализация поражения — половина спинного мозга на уровне (1):

- 1) Th₁₀ справа,
- 2) Th₁₀ слева,
- 3) Th₁₂ справа,
- 4) Th₁₂ слева,
- 5) Th₁₀ справа.

17. Локализацию поражения поможет установить (2):

- 1) магнитно-резонансная томография спинного мозга,

- 2) ломбальная пункция с ликвородинамическими пробами,
- 3) миелография,
- 4) электромиография,
- 5) электронейромиография.

Вопросы 18-20 к задаче

У пациента в руках и ногах атрофия мышц, фасцикулация, слабость мышц, оживление сухожильных рефлексов, повышение мышечного тонуса по типу спастичности, патологические стопные и кистевые симптомы.

18. Синдромы (2):

- 1) смешанный парез верхних конечностей,
- 2) смешанный парез нижних конечностей,
- 3) центральный парез нижних конечностей,
- 4) периферический парез верхних конечностей.

19. Локализация поражения (3):

- 1) передние рога шейного утолщения,
- 2) боковые канатики,
- 3) передние рога поясничного утолщения,
- 4) задние канатики,
- 5) мозжечок.

20. Для уточнения локализации поражения следует провести (2):

- 1) магнитную стимуляцию головного мозга,
- 2) миелографию,
- 3) электромиографию,
- 4) ломбальную пункцию.

Вопросы 21-22 к задаче

Пациент беспокоит боли в пояснично-крестцовой области и по задней поверхности левой ноги; слева обнаружены ослабление всех видов чувствительности в виде полосы по задней поверхности бедра, задненаружной поверхности голени и в области большого пальца, слабость тыльного сгибания стопы и большого пальца.

21. Синдромы (2):

- 1) расстройство чувствительности по проводниковому типу
- 2) расстройство чувствительности по сегментарно-корешковому типу
- 3) расстройство чувствительности по сегментарно-диссоциированному типу,
- 4) «центральная» боль,
- 5) периферический парез.

22. Локализация поражения (2):

- 1) передний корешок L_2
- 2) передний корешок S_1
- 3) задний корешок L_2
- 4) задний корешок S_1
- 5) задние рога на уровне L_2-S_1

Вопросы 23-24 к задаче

У пациента выявлены множественные следы от «безболезненно ожогов» на руках, снижение болевой и температурной

чувствительности в виде «куртки», фасцикулации в мышцах обеих кистей, утрата рефлексов с рук.

23. Тип расстройства чувствительности (1):

- 1) проводниковый,
- 2) сегментарно-диссоциированный,
- 3) сегментарно-корешковый,
- 4) корковый,
- 5) альтернирующий.

24. Локализация поражения (1):

- 1) задние рога,
- 2) задние корешки,
- 3) боковые канатики,
- 4) теменная доля с двух сторон,
- 5) зрительный бугор с двух сторон.

Вопросы 25-26 к задаче

У пациента выявлены утрата суставно-мышечного чувства в ногах, отсутствие коленных и ахилловых рефлексов, пошатывание в пробе Ромберга и при ходьбе, которые значительно нарастают при закрытии глаз; других нарушений нет.

25. Синдромы (2):

- 1) периферический парез ног,
- 2) проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности,
- 3) проводниковый тип расстройства поверхностной чувствительности,
- 4) сенситивная атаксия,

5) мотажечивая атаксия.

26. Локализация поражения (2):

- 1) боковые канатники,
- 2) задние канатники,
- 3) передние рога,
- 4) задние рога,
- 5) передняя серая спинка.

Вопросы 27-28 к задаче

Пациента беспокоят императивные позывы на мочеиспускание и слабость в ногах; обнаружены снижение силы в обеих ногах, повышение тонуса в разгибателях ног с феноменом «складного ножа», оживление коленных и ахилловых рефлексов, клонус стоп, двусторонний симптом Бабинского.

27. Локализация поражения (1):

- 1) передние рога,
- 2) задние канатники,
- 3) задние рога,
- 4) боковые канатники,
- 5) передняя серая спинка.

28. Лечение спастичности (повышения мышечного тонуса) (2):

- 1) баклофен,
- 2) сирдалуд,
- 3) паксам,
- 4) мидантан,
- 5) карбамазепин (финлексин).

Вопросы 29-30 к задаче

У пациента выявлены слабость обеих стоп, утрата ахилловых рефлексов и снижение коленных рефлексов, утрата всех видов чувствительности в стопах и аногенитальной области, недержание мочи.

29. Синдромы (3):

- 1) периферический парез стоп,
- 2) центральный парез стоп,
- 3) нарушение чувствительности по сегментарному типу,
- 4) нарушение чувствительности по проводниковому типу,
- 5) нарушение функции тазовых органов.

30. Поражены сегменты спинного мозга на уровне (2):

- 1) Th₈-Th₁₂
- 2) L₁-L₂
- 3) L₂-L₄
- 4) L₁-S₁
- 5) S₂-S₄

Тема 6. Клиника поражения продолговатого мозга, IX-XII пары черепных нервов

1. У пациента дисартрия, левая часть языка алого, внешних изменений языка нет. Локализация поражения (1):

- 1) левый подъязычный нерв,
- 2) правый подъязычный нерв,
- 3) левый корково-ядерный путь,

- 4) правый корково-ядерный путь,
- 5) правая половина продолговатого мозга.

2. У пациента атрофия трапециевидной и грудно-ключично-сосцевидной мышц справа, опущение правого плеча, затруднен поворот головы влево. Локализация поражения (1):

- 1) левый добавочный нерв,
- 2) правый добавочный нерв,
- 3) левый корково-ядерный путь,
- 4) правый корково-ядерный путь,
- 5) левая половина продолговатого мозга.

3. Бульварный синдром возникает при поражении (2):

- 1) добавочного нерва,
- 2) языкоглоточного и блуждающего нервов,
- 3) верхних шейных корешков спинного мозга,
- 4) продолговатого мозга,
- 5) корково-ядерного пути с двух сторон.

4. Проявления бульварного синдрома (3):

- 1) дисфония,
- 2) дисфагия,
- 3) дизартрия,
- 4) снижение глоточных рефлексов,
- 5) симптома орального автоматизма.

5. Псевдобульбарный синдром наблюдается при поражении (1):

- 1) добавочного нерва,

- 2) языкоглоточного и блуждающего нервов,
- 3) подъязычного нерва,
- 4) корково-ядерного пути с двух сторон,
- 5) продолговатого мозга.

6. Проявления псевдобульбарного синдрома (3):

- 1) парез трапециевидной и грудно-ключично-сосцевидной мышц,
- 2) дисфагия,
- 3) снижение глоточных рефлексов,
- 4) насильственный смех,
- 5) положительный ладонно-подбородочный симптом.

7. У пациента дисфагия, опущение правой половины мягкого неба и ослабление ее подвижности при фонации, снижение правого глоточного рефлекса, утрата вкуса на задней трети языка справа. Локализация поражения (1):

- 1) правый подъязычный нерв,
- 2) правый добавочный нерв,
- 3) правый языкоглоточный нерв,
- 4) левая половина продолговатого мозга,
- 5) корково-ядерный путь с двух сторон.

8. У пациента дизартрия, девиация языка вправо, правая половина языка атрофична, слева — центральный гемипарез. Локализация поражения (1):

- 1) левый подъязычный нерв,
- 2) корково-ядерный путь слева,
- 3) правый языкоглоточный нерв,
- 4) левая половина продолговатого мозга,
- 5) правая половина продолговатого мозга.

9. У пациента дисфагия, дизартрия, ослабление подвижности мягкого неба с обеих сторон, оживление глоточных и нижнечелюстного рефлексов, насильственный плач. Локализация поражения (1):

- 1) корково-ядерный путь с двух сторон,
- 2) продолговатый мозг,
- 3) подъязычные нервы,
- 4) языкоглоточные нервы,
- 5) блуждающие нервы.

10. После операции на щитовидной железе у пациента возникла осиплость голоса, при ларингоскопии выявлен паралич правой голосовой связки. Повреждена ветвь нерва (1):

- 1) подъязычного,
- 2) добавочного,
- 3) языкоглоточного,
- 4) блуждающего.

11. У пациента дисфагия, дисфония, опущение правой дужки мягкого неба и уменьшение ее подвижности при фонации, снижение правого глоточного рефлекса, ослабление болевой и температурной чувствительности в левых конечностях и левой половине туловища. Локализация поражения (1):

- 1) весь поперечник продолговатого мозга,
- 2) дорсо-латеральный отдел правой половины продолговатого мозга,
- 3) дорсо-латеральный отдел левой половины продолговатого мозга,
- 4) вентральный отдел правой половины продолговатого мозга,
- 5) вентральный отдел левой половины продолговатого мозга.

12. У пациента дисфагия, дисфония, опущение левой дужки мягкого неба и уменьшение ее подвижности при фонации, снижение левого глоточного рефлекса, в левом глазу — сужение глазной щели и зрачка, анофтальм. Локализация поражения (2):

- 1) подъязычный нерв,
- 2) двойное ядро,
- 3) корково-ядерный путь,
- 4) симпатический путь в продолговатом мозге,
- 5) боковые рога спинного мозга на уровне Th₇-Th₈.

13. У пациента девиация языка влево, внешних изменений языка нет, в левой руке — центральный парез. Локализация поражения (1):

- 1) правая прецентральная извилина,
- 2) левая прецентральная извилина,
- 3) правая половина продолговатого мозга,
- 4) левая половина продолговатого мозга,
- 5) правый подъязычный нерв.

14. У пациента дисфагия, дизартрия, девиация языка влево, атрофия языка нет, положительные симптомы орального автоматизма, правосторонний центральный гемипарез. Локализация поражения (2):

- 1) корково-ядерный путь с двух сторон,
- 2) правый корково-спинномозговой (пирамидный) путь,
- 3) левый корково-спинномозговой (пирамидный) путь,
- 4) правая половина продолговатого мозга,
- 5) левая половина продолговатого мозга.

15. При двустороннем поражении добавочного нерва наблюдается (1):

- 1) «свисающая» голова,
- 2) периферический парез верхних конечностей,
- 3) центральный парез верхних конечностей,
- 4) дисфония,
- 5) дисфагия.

16. У пациента дисфагия, дисфония, дизартрия, атрофия и фасцикуляция языка, глоточные рефлексы отсутствуют, нижнечелюстной рефлекс оживлен, парезы конечностей с атрофиями, фасцикуляциями, оживлением рефлексов и симптомом Бабинского с двух сторон. Неврологические нарушения (3):

- 1) бульбарный синдром,
- 2) псевдобульбарный синдром,
- 3) центральный тетрапарез,
- 4) периферический тетрапарез,
- 5) смешанный тетрапарез.

17. При периферическом парезе языка в отличие от его центрального пареза наблюдается (1):

- 1) центральный парез конечностей,
- 2) периферический парез конечностей,
- 3) атрофия и фибрилляция языка,
- 4) дизартрия,
- 5) дисфагия.

18. При псевдобульбарном синдроме в отличие от бульбарного синдрома отмечаются (2):

- 1) снижение глоточных рефлексов,

- 2) повышение нижнечелюстного рефлекса,
- 3) насильственный плач,
- 4) дисфония,
- 5) дисфагия.

19. Симптомы двустороннего поражения корково-ядерных путей (3):

- 1) дисфония,
- 2) оживление глоточных рефлексов,
- 3) дисфагия,
- 4) атрофия и фибрилляция языка,
- 5) «свисающая голова».

20. Симптомы одностороннего поражения корково-ядерного пути (1):

- 1) насильственный плач,
- 2) насильственный смех,
- 3) оживление глоточных рефлексов,
- 4) оживление нижнечелюстного рефлекса,
- 5) парез половины языка по центральному типу.

Вопросы 21-22 к задаче

У пациента дизартрия, язык при высовывании отклоняется влево, левая половина языка атрофична, в правых конечностях — снижение силы и объема движений, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского.

21. Неврологические синдромы (3):

- 1) центральный правосторонний гемипарез,
- 2) альтернирующий синдром,

- 3) парез языка по периферическому типу,
- 4) парез языка по центральному типу,
- 5) псевдобульбарный синдром.

22. Локализация поражения (1):

- 1) правая половина продолговатого мозга,
- 2) левая половина продолговатого мозга,
- 3) правая прецентральная извилина,
- 4) левая прецентральная извилина,
- 5) корково-ядерный путь с двух сторон.

Вопросы 23-24 к задаче

У пациента дизартрия, язык при высовывании отклоняется влево, внешних изменений языка нет, в левых конечностях движения отсутствуют, рефлексы оживлены, симптом Бабинского.

23. Неврологические синдромы (2):

- 1) альтернирующий синдром,
- 2) парез языка по центральному типу,
- 3) парез языка по периферическому типу,
- 4) псевдобульбарный синдром,
- 5) двусторонний центральный гемипарез.

24. Локализация поражения (2):

- 1) правая половина продолговатого мозга,
- 2) левая половина продолговатого мозга,
- 3) левый корково-ядерный путь,
- 4) правый корково-ядерный путь,
- 5) правый корково-спинномозговой (пирамидный) путь.

Вопросы 25-26 к задаче

У пациента дисфагия, дисфония, дизартрия, ослабление подвижности мягкого неба с обеих сторон, оживление глоточных и нижнечелюстного рефлексов, насильственный вдох, снижение силы и объема движений во всех конечностях, оживление рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

25. Неврологические синдромы (2):

- 1) альтернирующий синдром,
- 2) псевдобульбарный синдром,
- 3) бульбарный синдром,
- 4) центральный тетрапарез,
- 5) периферический тетрапарез.

26. Локализация поражения (2):

- 1) корково-спинномозговой (пирамидный) путь с двух сторон,
- 2) продолговатый мозг,
- 3) корково-ядерный путь с двух сторон,
- 4) языкоглоточные нервы,
- 5) блуждающие нервы.

Вопросы 27-28 к задаче

У пациента дисфагия, дисфония, дизартрия, атрофия мышц языка с фибриллиациями, глоточные и нижнечелюстные рефлексы оживлены; в конечностях — снижение силы и объема движений, выраженные атрофии, фасцикуляции, оживление сухожильных рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

27. Неврологические нарушения (3):

- 1) бульбарный синдром,
- 2) псевдобульбарный синдром,
- 3) смешанный тетрапарез,
- 4) периферический тетрапарез,
- 5) центральный тетрапарез.

28. Локализация поражения (3):

- 1) спинно-галамический путь с двух сторон,
- 2) корково-ядерный путь с двух сторон,
- 3) передние рога спинного мозга,
- 4) задние рога спинного мозга,
- 5) корково-спинномозговой (пирамидный) путь с двух сторон.

Вопросы 29-30 к задаче

У пациента нарушение глотания, осиплость голоса, опущение левой дужки мягкого неба и уменьшение ее подвижности при фонации, снижение левого глоточного рефлекса, ослабление болевой и температурной чувствительности справа на туловище и конечностях.

29. Неврологические синдромы (2):

- 1) бульбарный синдром,
- 2) сегментарно-корешковый тип расстройства чувствительности,
- 3) альтернирующий синдром,
- 4) псевдобульбарный синдром,
- 5) правосторонний центральный гемипарез.

30. Локализация поражения (1):

- 1) левая половина продолговатого мозга,
- 2) правая половина продолговатого мозга,
- 3) левая постцентральная извилина,
- 4) правая постцентральная извилина,
- 5) левый зрительный бугор.

Тема 7. Клиника поражения тройничного, лицевого и вестибулокохлеарного нервов, клиника поражения мостомозжечкового угла

1. Симптомы центрального пареза мышц лица (3):

- 1) сплаженность лобных морщин,
- 2) сплаженность носогубной складки,
- 3) симптом Белла,
- 4) опущение угла рта,
- 5) перекося лица в здоровую сторону при улыбке.

2. Симптомы периферического пареза мышц лица (3):

- 1) лагофтальм,
- 2) утрата чувствительности на половине лица,
- 3) утрата вкуса на задней трети языка,
- 4) симптом Белла,
- 5) сплаженность лобных морщин.

3. Центральный парез мышц лица возникает при поражении (2):

- 1) ядра лицевого нерва,
- 2) корешка лицевого нерва,
- 3) лицевого нерва в фаллопиевом канале,
- 4) прецентральной извилины,

5) ядра внутренней капсулы.

4. Периферический парез мышц лица наблюдается при поражении (2):

- 1) прецентральной извилины,
- 2) ядра лицевого нерва,
- 3) лучистого венца,
- 4) ядра внутренней капсулы,
- 5) лицевого нерва в фаллопиевом канале.

5. Лагофтальм — это (2):

- 1) слезотечение,
- 2) сухость глаза,
- 3) расширение слезной щели,
- 4) косоглазие,
- 5) редкое мигание.

6. Симптом Белла — это (1):

- 1) асимметрия лица при улыбке,
- 2) асимметрия лица при надувании щек,
- 3) утрата вкуса на передних двух третях языка,
- 4) утрата вкуса на задней трети языка,
- 5) помутнение белковой оболочки глаза при зажмуривании.

7. Симптомы поражения лицевого нерва после отвления от него барабанной струны (3):

- 1) слезотечение,
- 2) сухость глаза,
- 3) ощущение угла рта.

4) ослабление всех мимических проб на стороне поражения,

5) утрата вкуса на передних двух третях языка.

8. Симптомы поражения лицевого нерва до отвления от него большого каменистого нерва (3):

- 1) сухость глаза,
- 2) слезотечение,
- 3) утрата чувствительности на половине лица,
- 4) гиперacusия,
- 5) утрата вкуса на передних двух третях языка.

9. У пациента парез всех мимических мышц справа и центральный гемипарез слева. Локализация поражения (1):

- 1) правая прецентральная извилина,
- 2) левая прецентральная извилина,
- 3) правая половина варолиевого моста,
- 4) левая половина варолиевого моста,
- 5) правый лицевой нерв в фаллопиевом канале.

10. У пациента справа — парез всех мимических мышц, сухость глаза, гиперacusия, утрата вкуса на передних двух третях языка. Локализация поражения (1):

- 1) лицевой нерв до отвления от него большого каменистого нерва,
- 2) лицевой нерв после отвления от него барабанной струны,
- 3) левая прецентральная извилина,
- 4) правая половина варолиевого моста,
- 5) левая половина варолиевого моста.

11. Для вестибулярного головокружения характерны (3):
- 1) ощущение вращения собственного тела,
 - 2) усиление головокружения при перемене положения головы,
 - 3) тошнота и рвота,
 - 4) интенционный тремор в верхних конечностях,
 - 5) интенционный тремор в нижних конечностях»

12. У пациента снижена болевая и температурная чувствительность в области правой половины губ, подбородка и носа. Локализация поражения (1):

- 1) правая половина продолговатого мозга и варолиева моста,
- 2) левая половина продолговатого мозга и варолиева моста,
- 3) правая постцентральная извилина»
- 4) левая постцентральная извилина,
- 5) вторая ветвь правого тройничного нерва.

13. У пациента ощущение вращения окружающих предметов, тошнота и рвота, нейросенсорная тугоухость на правое ухо, горизонтальный нистагм вправо. Локализация поражения (1):

- 1) правая половина варолиева моста,
- 2) левая половина варолиева моста,
- 3) правая височная доля,
- 4) левая височная доля,
- 5) правый вестибулокохлеарный нерв.

14. Симптомы поражения мостомозжечкового угла (3):

- 1) нейросенсорная тугоухость,

- 2) сенситивная атаксия,
- 3) нарушение чувствительности на лице,
- 4) парез мышц лица по периферическому типу,
- 5) дисфагия, дисфония.

15. Симптомы невралгии тройничного нерва (2):

- 1) сильные приступы кратковременных болей,
- 2) утрата всех видов чувствительности в области II-III ветвей тройничного нерва,
- 3) наличие «курковых» зон,
- 4) снижение кортикального рефлекса,
- 5) опущение угла рта на стороне болей.

16. Лечение невралгии тройничного нерва (2):

- 1) карбамазепин (финлепсин),
- 2) пираретам (ноотропил),
- 3) хирургическая репозиция корешка тройничного нерва,
- 4) рентгенотерапия,
- 5) витамины группы В.

17. У пациента справа герпетические высыпания на лбу и щеке, снижение всех видов чувствительности на половине лица. Локализация поражения (1):

- 1) правый гассеров узел,
- 2) I ветвь тройничного нерва,
- 3) II ветвь тройничного нерва,
- 4) III ветвь тройничного нерва,
- 5) правая половина варолиева моста.

18. Симптомы поражения вестибулоохлеарного нерва (3):

- 1) снижение слуха,
- 2) головокружение,
- 3) гиперacusия,
- 4) шум в ухе,
- 5) боли в области уха.

19. У пациента боли, снижение всех видов чувствительности в области лба и верхнего века справа. Локализация поражения (1):

- 1) правый гассеров узел,
- 2) I ветвь тройничного нерва,
- 3) II ветвь тройничного нерва,
- 4) III ветвь тройничного нерва,
- 5) правая половина варолиева моста.

20. У пациентки слева периферический парез мышц лица, в правых конечностях центральный гемипарез. Локализация поражения (1):

- 1) правая прецентральная извилина,
- 2) левая прецентральная извилина,
- 3) правая половина варолиева моста,
- 4) левая половина варолиева моста,
- 5) правое полушарие мозжечка.

22. Локализация поражения (1):

- 1) лицевой нерва до ответвления от него большого каменистого нерва,
- 2) лицевой нерва после ответвления от него большого каменистого нерва, но до ответвления барабанной струны.

3) лицевой нерва после ответвления от него барабанной струны,

- 4) правая половина варолиева моста,
- 5) левая прецентральная извилина.

Вопросы 21-22 к задаче

У пациента асимметрия лица: справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, не удается выполнить мимические пробы, при попытке зажмурить глаза правое глазное яблоко уходит вверх, видна белковая оболочка глаза, наблюдается слезотечение из правого глаза, правая глазная щель шире левой, правый глаз редко моргает, утрачен вкус на передних двух третях языка справа.

21. Симптомы и синдромы (3):

- 1) парез мышц лица по периферическому типу,
- 2) лагофтальм,
- 3) симптом Белла,
- 4) гиперacusия,
- 5) дисфагия.

Вопросы 23-24 к задаче

У пациента слева сглажена носогубная складка и опущен угол рта, при улыбке отмечается перекос рта вправо; при высовывании язык отклоняется влево, внешне язык не изменен; в левых конечностях выявляются снижение силы и объема движений, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского.

23. Синдромы (2):

- 1) парез левой половины лица по центральному типу,
- 2) парез левой половины лица по периферическому типу,
- 3) парез языка по периферическому типу,
- 4) левосторонний центральный гемипарез,
- 5) левосторонняя гемипарезия.

24. Локализация поражения (2):

- 1) левая половина варолиева моста,
- 2) правая половина варолиева моста,
- 3) правый корково-спинномозговой (пирамидный) путь,
- 4) правый корково-ядерный путь,
- 5) правое полушарие мозжечка.

Вопросы 25-26 к задаче

У пациента снижен слух в правом ухе, установлена сенсоневральная тугоухость; справа стяжены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, затруднено выполнение мимических проб; ослаблены все виды чувствительности на правой половине лица; отмечается интенционный тремор при выполнении координационных проб в правых конечностях.

28. Локализация поражения (1):

- 1) правая постцентральная извилина,
- 2) правая половина варолиева моста и продолговатого мозга,
- 3) левая половина варолиева моста и продолговатого мозга,
- 4) правый вестибулокохлеарный нерв,
- 5) левый вестибулокохлеарный нерв.

25. Синдромы (2):

- 1) поражение правого кохлеовестибулярного нерва,
- 2) парез правой половины лица по центральному типу,
- 3) правосторонняя мозжечковая атаксия,
- 4) правосторонний центральный гемипарез,
- 5) корковый тип расстройства чувствительности на лице.

26. Локализация поражения (1):

- 1) правая половина варолиева моста,
- 2) мостомозжечковый угол справа,
- 3) прецентральная и постцентральная извилины левого полушария головного мозга,
- 4) правый лицевой нерв в фаллопиевом канале,
- 5) правый Гассеров узел.

Вопросы 27-28 к задаче

У пациента развивается сильное головокружение, появляется онемение правой половины лица и левых конечностей. Головокружение ощущается в виде вращения собственного тела, сопровождается тошнотой и рвотой. При обследовании отмечается ослабление болевой и температурной чувствительности на правой половине лица, в левой половине туловища и левых конечностях.

27. Синдромы (2):

- 1) альтернирующий тип расстройства чувствительности,
- 2) корковый тип расстройства чувствительности,
- 3) вестибулярное головокружение,
- 4) мозжечковая атаксия,

5) левосторонний центральный гемипарез.

28. Локализация поражения (1)

- 1) правая постцентральная извилина
- 2) правая половина варолиева моста и продолговатого мозга
- 3) левая половина варолиева моста и продолговатого мозга
- 4) правый вестибулокохлеарный нерв
- 5) левый вестибулокохлеарный нерв

Вопросы 29-30 к задаче

Пациента беспокоит приступы кратковременной (несколько секунд) интенсивной боли в области правой нижней челюсти, которые возникают несколько раз в день, провоцируются разговором, жеванием и чисткой зубов. При обследовании вне приступа боли неврологических нарушений не выявлено.

29. Диагноз (1):

- 1) ганглионит гассерова узла.
- 2) невралгия I ветви тройничного нерва.
- 3) невралгия II ветви тройничного нерва.
- 4) невралгия III ветви тройничного нерва.
- 5) невралгия языкоглоточного нерва.

30. Лечение (1):

- 1) дегидратация,
- 2) ацикловир.
- 3) карбамазепин (финлепсин).

- 4) диэтилам (седуксен),
- 5) амантадин (мидантан).

Тема 8. Глазодвигательные расстройства

1. Симптомы поражения глазодвигательного нерва (2):

- 1) птоз,
- 2) миоз,
- 3) парез внутренней прямой мышцы глаза,
- 4) парез верхней косой мышцы глаза,
- 5) парез наружной прямой мышцы глаза,

2. Симптомы поражения отводящего нерва (3):

- 1) диплопия,
- 2) парез наружной прямой мышцы глаза,
- 3) парез внутренней прямой мышцы глаза,
- 4) сходящееся косоглазие,
- 5) парез конвергенции.

3. Симптомы поражения блокового нерва (2):

- 1) парез аккомодации,
- 2) парез нижней косой мышцы глаза,
- 3) парез верхней косой мышцы глаза,
- 4) мидриаз,
- 5) диплопия.

4. Симптомы поражения верхних бугров четверохолмия (3):

- 1) двусторонний полуптоз,

- 2) диплопия,
- 3) парез взора вверх,
- 4) мозжечковая атаксия,
- 5) миоз.

5. Симптомы поражения верхней глазничной щели (3): 1) ограничение движения глазного яблока вниз,

- 2) ограничение движения глазного яблока кнаружи,
- 3) экзофтальм,
- 4) миоз,
- 5) нарушение чувствительности в области лба.

6. Синдром Бернара—Горнера — это (2):

- 1) иптоз,
- 2) мидриаз,
- 3) экзофтальм,
- 4) диплопия,
- 5) ограничение движения глазного яблока кнаружи.

7. Мидриаз возникает при поражении (2):

- 1) отводящего нерва,
- 2) блокового нерва,
- 3) глазодвигательного нерва,
- 4) ножки мозга,
- 5) продолговатого мозга.

8. Симптомы двустороннего поражения отводящих нервов (2):

- 1) сходящееся косоглазие,
- 2) расходящееся косоглазие,

- 3) миоз,
- 4) ограничение движение глазных яблок внутрь,
- 5) ограничение движения глазных яблок кнаружи.

9. Синдром Вебера — это (2):

- 1) поражение отводящего нерва,
- 2) поражение глазодвигательного нерва,
- 3) поражение блокового нерва,
- 4) альтернирующий центральный гемипарез,
- 5) альтернирующая мозжечковая атаксия.

10. Синдром Бенедикта — это (2):

- 1) поражение отводящего нерва,
- 2) поражение глазодвигательного нерва,
- 3) поражение блокового нерва,
- 4) альтернирующий центральный гемипарез,
- 5) альтернирующая мозжечковая атаксия.

11. Синдром Мийяра—Губзера — это (3):

- 1) поражение глазодвигательного нерва,
- 2) поражение отводящего нерва,
- 3) поражение лицевого нерва,
- 4) альтернирующий центральный гемипарез,
- 5) альтернирующая мозжечковая атаксия.

12. У пациента сходящееся косоглазие, ограничение движения правого глазного яблока кнаружи. Локализация поражения (1):

- 1) правый отводящий нерв,
- 2) правый глазодвигательный нерв,

- 3) правый блоковый нерв,
- 4) левый блоковый нерв,
- 5) верхние бутры четверохолмия.

13. У пациента слева — поражение глазодвигательного нерва, справа — центральный гемипарез. Локализация поражения (1):

- 1) левая ножка мозга,
- 2) правая половина варолиева моста,
- 3) левая половина варолиева моста,
- 4) левая прецентральная извилина,
- 5) левая внутренняя капсула.

14. У пациента слева — поражение глазодвигательного нерва, в правых конечностях — гемипарез. Локализация поражения (1):

- 1) средний мозг слева,
- 2) левая половина варолиева моста,
- 3) левый зрительный бугор,
- 4) левая прецентральная извилина,
- 5) левое полушарие мозжечка.

15. У пациента справа птоз, расходящееся косоглазие, мидриаз, движение глазного яблока возможно только наружу. Локализация поражения (1):

- 1) правый отводящий нерв,
- 2) правый глазодвигательный нерв,
- 3) правый блоковый нерв,
- 4) правая половина варолиева моста,
- 5) левая половина варолиева моста.

16. У пациента слева — парез отводящего нерва, парез мышц лица по периферическому типу, в правых конечностях — центральный гемипарез. Локализация поражения (1):

- 1) средний мозг справа,
- 2) средний мозг слева,
- 3) варолиев мост слева,
- 4) варолиев мост справа,
- 5) зрительный бугор слева,

17. У пациента двоение при взгляде вниз, ограничение движения левого глазного яблока вниз. Локализация поражения (1):

- 1) левый отводящий нерв,
- 2) левый глазодвигательный нерв,
- 3) левый блоковый нерв,
- 4) средний мозг слева,
- 5) средний мозг справа.

18. Птоз, миоз и энофтальм — синдром (1):

- 1) Вебера,
- 2) Бернара—Горнера,
- 3) Мийяра—Гублера,
- 4) Толосы—Ханта,
- 5) Эйди.

19. У пациента справа — боли и нарушение чувствительности в области лба, птоз, глазное яблоко неподвижно, мидриаз. Локализация поражения (1):

- 1) средний мозг справа,
- 2) варолиев мост справа,
- 3) варолиев мост слева,

- 4) верхняя глазничная щель справа,
- 5) правая ножка мозга.

20. У пациента складчатое носоглазие, движение обоих глазных яблок наружу ограничено. Локализация поражения (2):

- 1) левый отводящий нерв,
- 2) левый блоковый нерв,
- 3) правый отводящий нерв,
- 4) правый блоковый нерв,
- 5) верхние бугры четверохолмия.

Вопросы 21-22 к задаче

У пациента с одной стороны глаз закрыт, глазное яблоко отведено наружу, мидриаз, движения глазного яблока возможно только наружу.

21. Какие мышцы поражены (3):

- 1) внутренняя прямая мышца глаза,
- 2) мышца, поднимающая верхнее веко,
- 3) верхняя прямая мышца глаза,
- 4) наружная прямая мышца глаза,
- 5) круговая мышца глаза.

22. Локализация поражения (1):

- 1) глазодвигательный нерв,
- 2) блоковый нерв,
- 3) отводящий нерв,
- 4) верхние бугры четверохолмия,
- 5) средний мозг.

Вопросы 23-24 к задаче

У пациента слева — нист, мидриаз, движения глазного яблока возможно только наружу, в правых конечностях — движения отсутствуют, повышены тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского.

23. Что поражено (2):

- 1) корково-ядерный путь,
- 2) корково-спинномозговой (пирамидный) путь,
- 3) отводящий нерв,
- 4) глазодвигательный нерв,
- 5) блоковый нерв.

24. Локализация поражения (1):

- 1) прецентральная извилина слева,
- 2) ножка мозга слева,
- 3) ножка мозга справа,
- 4) варолиев мост справа,
- 5) варолиев мост слева.

Вопросы 25-26 к задаче

У пациента зрачок повернут вправо, движений глазных яблок влево нет, парез нижних мышц лица слева, в левых конечностях движений нет, повышены сухожильные рефлексы — симптом Бабинского.

25. Синдромы (2):

- 1) парез мышц лица по периферическому типу слева,
- 2) стволовой парез взора,
- 3) корковый парез взора.

- 4) альтернирующий синдром,
- 5) центральный левосторонний гемипарез.

26. Локализация поражения (1):

- 1) лобная доля справа,
- 2) варолиев мост слева,
- 3) варолиев мост справа,
- 4) средний мозг слева,
- 5) средний мозг справа.

Вопросы 27-28 к задаче

У пациента отмечаются эпизоды двоения, которые обычно появляются вечером и полностью проходят утром; при обследовании выявлены двусторонний полуптоз, ограниченные движения глазных яблок во все стороны; после подожного введения прозерина все симптомы регрессировали.

27. Что поражено (1):

- 1) глазодвигательные нервы,
- 2) средний мозг,
- 3) варолиев мост,
- 4) верно-мышечный сигнал,
- 5) лобные доли.

28. Дополнительный метод исследования (1):

- 1) рентгеновская компьютерная томография,
- 2) магнитно-резонансная томография,
- 3) позитронно-эмиссионная томография,
- 4) электронейромиография и электромиография,
- 5) исследование цереброспинальной жидкости.

Вопросы 29-30 к задаче

У пациента сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко не движется кнаружи.

29. Какие мышцы поражены (1):

- 1) внутренняя прямая мышца глаза,
- 2) верхняя косая мышца глаза,
- 3) нижняя косая мышца глаза,
- 4) наружная прямая мышца глаза,
- 5) круговая мышца глаза.

30. Локализация поражения (1):

- 1) отводящий нерв,
- 2) блоковый нерв,
- 3) глазодвигательный нерв,
- 4) шейноспинальный центр,
- 5) верхние бугры четверохолмия.

Тема 9. Клиника поражения зрительного и обонятельного нервов, зрительного бугра и внутренней капсулы

1) Для поражения зрительного нерва характерно (1):

- 1) гомонимная гемиянопия,
- 2) биназальная гемиянопия,
- 3) битемпоральная гемиянопия,
- 4) амблиопия или амавроз.

2) Гомонимная гемиянопия возникает при поражении (3):

- 1) затылочной доли,

- 2) зрительного тракта,
- 3) зрительного бугра,
- 4) зрительного нерва,
- 5) сетчатки глаза.

3. Биназальная гемианопсия возникает при поражении (1):

- 1) зрительного тракта,
- 2) хиазмы (зрительно перекреста),
- 3) внутренней капсулы,
- 4) височной доли,
- 5) сетчатки глаза.

4. Квадрантная гемианопсия характерна для поражения (1):

- 1) внутренней капсулы,
- 2) сетчатки глаза,
- 3) хиазмы (зрительно перекреста),
- 4) зрительного бугра,
- 5) височной доли.

5. При поражении правого зрительного нерва утрачиваются (2):

- 1) прямая фотореакция справа,
- 2) содружественная фотореакция справа,
- 3) содружественная фотореакция слева,
- 4) прямая фотореакция слева.

6. Отсутствие содружественной фотореакции в лево пл-ту встречается при поражении (2):

- 1) правого зрительного нерва,
- 2) правого глазодвигательного нерва,

- 3) левого глазодвигательного нерва,
- 4) левого зрительного нерва,
- 5) правой височной доли.

7. Правосторонний мидриаз может быть вызван поражением (2):

- 1) левого зрительного нерва,
- 2) левого глазодвигательного нерва,
- 3) правого зрительного нерва,
- 4) правого глазодвигательного нерва,
- 5) правой ножки мозга.

8. При поражении кавернозного синуса могут возникнуть (3):

- 1) мидриаз,
- 2) гомонимная гемианопсия,
- 3) снижение остроты зрения,
- 4) гетеронимная гемианопсия,
- 5) офтальмоплегия.

9. Для опухоли гипофиза характерно (1):

- 1) односторонняя слепота,
- 2) двусторонняя офтальмоплегия,
- 3) гомонимная гемианопсия,
- 4) битемпоральная гемианопсия,
- 5) биназальная гемианопсия.

10. Кратковременная слепота на один глаз обычно вызвана поражением (1):

- 1) сетчатки глаза,
- 2) зрительного нерва,

- 3) хиазма (зрительного перекреста),
- 4) зрительного бугра,
- 5) затылочной доли,

11. Синдром Аргайля—Робертсона — это (2):

- 1) снижение остроты зрения,
- 2) утрата прямой реакции зрачка на свет,
- 3) утрата реакции зрачка на аккомодацию,
- 4) пупиллотония,
- 5) сохранение реакции зрачка на конвергенцию.

12. Односторонняя anosmia возникает при поражении (3):

- 1) височной доли,
- 2) затылочной доли,
- 3) обонятельной луковицы,
- 4) обонятельного тракта,
- 5) рецепторов слизистой носа.

13. Гипосмия в возрасте старше 60-ти лет наблюдается в (1):

- 1) 5%,
- 2) 10%,
- 3) 20%,
- 4) 30%,
- 5) 50 и более процентах случаев.

14. Обонятельные галлюцинации возникают при поражении (1):

- 1) рецепторов слизистой носа,
- 2) обонятельной луковицы,
- 3) обонятельного тракта,

- 4) височной доли,
- 5) затылочной доли.

15. Симптомы поражения зрительного бугра (3):

- 1) гемигипестезия,
- 2) гемиатакия,
- 3) гомонимная гемианопсия,
- 4) гетеронимная гемианопсия,
- 5) горизонтальный парез зрака.

16. Гемиплегия + гемианестезия + гемианопсия — это поражение (1):

- 1) зрительного бугра,
- 2) внутренней капсулы,
- 3) лобной доли,
- 4) теменной доли,
- 5) затылочной доли.

17. Гемианопсия возникает при поражении (1):

- 1) переднего бедра внутренней капсулы,
- 2) ядра внутренней капсулы,
- 3) переднего отдела заднего бедра внутренней капсулы,
- 4) заднего отдела заднего бедра внутренней капсулы,
- 5) зрительного нерва.

18. При двустороннем поражении внутренней капсулы наблюдается (3):

- 1) центральный тетрапарез,
- 2) псевдобульбарный синдром,
- 3) парез мышц лица по центральному типу,

- 4) вертикальный парез взора,
- 5) битемпоральная гемианопсия.

Вопросы 19-21 к задаче

У пациента выпали правое поле зрения правого глаза и правое поле зрения левого глаза.

19. Синдром (1):

- 1) амвроз,
- 2) амблиопия,
- 3) гомонимная гемианопсия,
- 4) биназальная гемианопсия,
- 5) битемпоральная гемианопсия.

20. Локализация поражения (1):

- 1) сетчатка глаза,
- 2) зрительный нерв,
- 3) хиазма (зрительный перекрест),
- 4) колена внутренней капсулы,
- 5) затылочная доля.

21. Реакции зрачков на свет будут (1):

- 1) не изменены,
- 2) утрачены только на свет,
- 3) утрачены только на конвергенцию,
- 4) утрачены только на аккомодацию,
- 5) утрачены на свет, аккомодацию и конвергенцию.

Вопросы 22-24 к задаче

У пациента выпали левое поле зрения левого глаза и правое поле зрения правого глаза.

22. Синдром (1):

- 1) амвроз,
- 2) амблиопия,
- 3) гомонимная гемианопсия,
- 4) биназальная гемианопсия,
- 5) битемпоральная гемианопсия.

23. Локализация поражения (1):

- 1) сетчатка глаза,
- 2) зрительный нерв,
- 3) хиазма (зрительный перекрест),
- 4) заднее бедро внутренней капсулы,
- 5) затылочная доля.

24. Реакции зрачков на свет будут (1):

- 1) не изменены,
- 2) утрачены только на свет,
- 3) утрачены только на конвергенцию,
- 4) утрачены только на аккомодацию,
- 5) утрачены на свет, аккомодацию и конвергенцию.

Вопросы 25-26 к задаче

У пациента выпали левые поля зрения, наблюдается парез нижней части мимических мышц слева; в левых конечностях отсутствуют движения, выявляется симптом Бабинского, нарушены все виды чувствительности.

25. Синдромы (3):

- 1) центральная гемиплегия,
- 2) гемипарестезия,
- 3) периферический парез мимических мышц,
- 4) гемипатаксия,
- 5) гемипанопсия.

26. Локализация поражения (1):

- 1) правый зрительный бугор,
- 2) правая внутренняя капсула,
- 3) левая лобная доля,
- 4) правая лобная доля,
- 5) левая затылочная доля.

Вопросы 27 и 28 к задаче

У пациента в левых конечностях нарушены все виды чувствительности, отмечаются парестезии и боли, он выполняет пальце-носовую пробу с открытыми глазами, но промахивается при закрытых глазах.

27. Синдромы (3):

- 1) гемипарестезия,
- 2) вентральный гемипарез,
- 3) сенситивная гемипатаксия,
- 4) мозжечковая гемипатаксия,
- 5) «центральная» невропатическая боль.

28. Локализация поражения (1):

- 1) правая внутренняя капсула,
- 2) правый зрительный бугор,
- 3) правая затылочная доля.

- 4) левая затылочная доля.
- 5) правое полушарие мозжечка.

30. Локализация поражения (1):

- 1) сетчатка глаза,
- 2) зрительный нерв,
- 3) зрительный тракт,
- 4) зрительный бугор,
- 5) затылочная доля.

Вопросы 29-30 к задаче

У пациента в течение суток значительно снизилась острота зрения на правый глаз, использование линз не улучшает зрение, при исследовании глазного дна не выявлено изменений.

29. Синдром (1):

- 1) амавроз,
- 2) амблиопия,
- 3) гомонимная гемипанопсия,
- 4) битемпоральная гемипанопсия,
- 5) биназальная гемипанопсия.

Тема 10. Нарушения высших мозговых функций

1. Афазия — это (1):

- 1) неразборчивость речи в результате нечеткости произношения,
- 2) нарушение распознавания сенсорных образов,
- 3) утрата речевых способностей как способа выражения мысли.

- 4) нарушение памяти на текущие события,
- 5) нарушение сложных целенаправленных движений.

2. Быстрая и обильная речь с большим количеством «оговорок» (парафазия), трудности понимания обращенной речи — это (1):

- 1) сенсорная афазия,
- 2) моторная афазия,
- 3) амнестическая афазия,
- 4) семантическая афазия,
- 5) дисартрия.

3. Корсаковский синдром включает (2):

- 1) прогрессирующую амнезию,
- 2) апраксию,
- 3) фиксационную амнезию,
- 4) конфабуляции,
- 5) семантическую афазию.

4. Признаки кинестетической апраксии (3):

- 1) ошибки пространственной организации движений,
- 2) невозможность воспроизвести заданную позу пальца,
- 3) нарушение понимания жестов,
- 4) нарушение последовательности действий,
- 5) нарушение чтения.

5. Признаки поражения лобных долей головного мозга (3):

- 1) динамическая афазия,
- 2) нарушение схемы тела,
- 3) вербальные и двигательные perseverации.

- 4) отчуждение смысла слов,
- 5) аносмия.

6. Апраксия — это (1):

- 1) нечеткость произношения (неразборчивость речи),
- 2) нарушение распознавания сенсорных образов,
- 3) утрата речевых способностей как средства выражения мысли,
- 4) нарушение координации движений,
- 5) нарушение сложных двигательных актов.

7. Скучная, грамматически неправильная речь с малым количеством глаголов, длительные паузы при подборе слова, слова-эмболы — это (1):

- 1) сенсорная афазия,
- 2) моторная афазия,
- 3) амнестическая афазия,
- 4) семантическая афазия,
- 5) скандированная речь.

8. Нарушение высших моторных функций — это (3):

- 1) акалькулия,
- 2) афазия,
- 3) центральный парез,
- 4) атаксия,
- 5) агнозия.

9. Для регуляторной (лобной) апраксии характерны (2):

- 1) нарушение последовательности действий,
- 2) ошибки пространственной организации движений.

- 3) perseverации,
- 4) невозможность воспроизвести заданную позу пальцев.

10. Синдромы поражения височной доли доминантного полушария (3):

- 1) акустическая агнозия,
- 2) сенсорная афазия,
- 3) амнестическая афазия,
- 4) моторная афазия,
- 5) астереогноз.

11. Агнозия-это (1):

- 1) нечеткость речи (неразборчивость произношения),
- 2) нарушение распознавания сенсорных образов,
- 3) утрата речевых способностей как способа выражения мысли,
- 4) нарушение памяти на текущие события,
- 5) нарушение сложных двигательных актов.

12. Для семантической афазии характерно (1):

- 1) трудности называния предметов по показу,
- 2) парафазии,
- 3) нарушение памяти на текущие события,
- 4) нарушение памяти на отдаленные события,
- 5) нарушение понимания грамматических конструкций.

13. Выраженные нарушения памяти на текущие события — это (1):

- 1) антероградная амнезия.

- 2) ретроградная амнезия,
- 3) фиксационная амнезия,
- 4) транзиторная глобальная амнезия,
- 5) амнезиопсия.

14. Признаки зрительно-пространственной агнозии (4):

- 1) нарушение узнавания предметов,
- 2) нарушение ориентировки на местности,
- 3) нарушение узнавания лиц,
- 4) невозможность определить время по часам со стрелкой.
- 5) астереогноз.

15. Признаки поражения теменной доли доминантного полушария (3):

- 1) зрительно-пространственная агнозия,
- 2) кинестетическая апраксия,
- 3) акалькулия,
- 4) вербальные и двигательные perseverации,
- 5) астереогноз.

16. Транзиторная глобальная амнезия — это (1):

- 1) выраженные прогрессирующие нарушения памяти,
- 2) переходящее состояние спутанного сознания с дезориентировкой вместе,
- 3) кратковременная афазия,
- 4) переходящее нарушение памяти на текущие и отдаленные события,
- 5) кратковременная утрата сознания с падением мышечного тонуса.

17. Признаки амнестической афазии (1):

- 1) уменьшение беглости и плавности речи,
- 2) нарушения памяти на текущие события,
- 3) нарушение понимания грамматических конструкций,
- 4) трудности называния предметов по показу,
- 5) нарушение счета.

18. Нарушение памяти на события, предшествующие черепно-мозговой травме — это (1):

- 1) транзиторная глобальная амнезия,
- 2) ретроградная амнезия,
- 3) антероградная амнезия,
- 4) конфабуляции,
- 5) синдром «уже виденного» (deja vu).

19. Признаки первичного астереогноза (1):

- 1) нарушение схемы тела,
- 2) нарушение тактильной чувствительности,
- 3) нарушение глубокой чувствительности,
- 4) невозможность узнавания предметов на ощупь,
- 5) трудности называния предметов по показу.

20. Синдромы поражения вторичных корковых зон затылочных долей головного мозга (3):

- 1) зрительно-пространственная агнозия,
- 2) прозапагнозия,
- 3) синдром игнорирования половины пространства,
- 4) зрительно-предметная агнозия,
- 5) авалькузия.

21. Корсаковский синдром — это (1):

- 1) выраженные прогрессирующие нарушения памяти,
- 2) сочетание апракто-агностических и речевых нарушений,
- 3) нарушение памяти преимущественно на отдаленные события,
- 4) фиксационная амнезия, псевдореминесценции, конфабуляции,
- 5) преходящие нарушения памяти на текущие и отдаленные события.

22. Признаки моторной афазии (3):

- 1) вербальные perseverации,
- 2) уменьшение беглости и плавности речи,
- 3) нарушение счета,
- 4) дисграфия,
- 5) отчуждение смысла слов.

23. «Воспоминания» событий, которые никогда не происходили — это (1):

- 1) конфабуляции,
- 2) синдром «уже виденного» (deja vu),
- 3) псевдореминесценции,
- 4) амнестическая афазия,
- 5) прозапагнозия.

24. Невозможность воспроизвести серию из трех последовательных движений» perseverации и при их выполнении характерны для (1):

- 1) гиперкинетического синдрома,
- 2) конструктивной апраксии,

- 3) кинестетической апраксии,
- 4) лобной апраксии,
- 5) мозжечковой атаксии.

25. Для поражения субдоминантного полушария типичны (2):

- 1) невозможность различать правую и левую сторону,
- 2) синдром игнорирования половины пространства,
- 3) фрагментарность восприятия,
- 4) синдром «чужой руки»,
- 5) моторная афазия.

26. Проявления двустороннего поражения структур гиппокампового комплекса (2):

- 1) нарушения памяти на текущие события,
- 2) семантическая афазия,
- 3) корсаковский синдром,
- 4) снижение критики, импульсивное поведение,
- 5) кинестетическая апраксия.

27. Признаки сенсорной афазии (3):

- 1) отчуждение смысла слов,
- 2) парафазия,
- 3) дисграфия,
- 4) уменьшение беглости и плавности речи,
- 5) скандированная речь.

28. Признаки транзиторной глобальной амнезии (1):

- 1) антероградная амнезия,
- 2) ретроградная амнезия,

- 3) фиксационная амнезия,
- 4) конфабуляции,
- 5) астереогноз.

29. К соматическим агнозиям относятся (2):

- 1) аутоагнозия,
- 2) астереогноз,
- 3) пальцевая агнозия,
- 4) пролапагнозия.

30. Признаки поражения ассоциативных корковых зон теменных долей головного мозга (2):

- 1) нарушения памяти на текущие события,
- 2) семантическая афазия,
- 3) корсаковский синдром,
- 4) нарушение схемы тела,
- 5) зрительная агнозия.

Тема II. Цереброспинальная жидкость. Менингеальный синдром. Внутричерепная гипертензия

1. Цереброспинальную жидкость продуцируют (1):
 - 1) сосуды твердой мозговой оболочки,
 - 2) сосуды мягкой мозговой оболочки,
 - 3) сосудистые сплетения желудочков головного мозга,
 - 4) пахионовы грануляции,
 - 5) венозные синусы головного мозга.

2. В течение суток цереброспинальная жидкость образуется в объеме (1):

- 1) 100-200 мл,
- 2) 200-400 мл,
- 3) 400-600 мл,
- 4) 600-800 мл,
- 5) более.

3. Абсолютное показание к исследованию цереброспинальной жидкости (2):

- 1) гнойный менингит,
- 2) серозный менингит,
- 3) рассеянный склероз,
- 4) инфаркт головного мозга,
- 5) ушиб головного мозга.

4. Исследование цереброспинальной жидкости обычно проводится путем прокола между остистыми отростками позвонков на (1):

- 1) шейном,
- 2) верхнем грудном,
- 3) среднем грудном,
- 4) нижнем грудном,
- 5) поясничном уровне.

5. Нормальное давление цереброспинальной жидкости при пункции, проводимой в положении лежа (1):

- 1) до 50 мм водн. ст.,
- 2) от 50 до 150 мм водн. ст.,
- 3) от 150 до 300 мм водн. ст.,
- 4) от 300 до 500 мм водн. ст.,

5) свыше 500 мм водн. ст.

6. Нормальное количество клеток (в мкл цереброспинальной жидкости) (1):

- 1) 0-5,
- 2) 6-10,
- 3) 11-19,
- 4) 20-29,
- 5) 30 и более.

7. Нормальное содержание белка в 100 мл цереброспинальной жидкости (1):

- 1) 0-25 мг,
- 2) 25-40 мг,
- 3) 40-100 мг,
- 4) 100-150 мг*²,
- 5) 150-300 мг.

8. Белково-клеточная диссоциация в цереброспинальной жидкости типична для (1):

- 1) ишемического инсульта,
- 2) кровоизлияния в мозг,
- 3) гнойного менингита,
- 4) серозного менингита,
- 5) опухоли головного мозга.

9. Касточно-белковая диссоциация в цереброспинальной жидкости характерна для (2):

- 1) ушиба головного мозга,
- 2) бокового амиотрофического склероза.

- 3) болезни Паркинсона,
- 4) серозного менингита,
- 5) энцефалита.

10. Ксантохромия в цереброспинальной жидкости встречается при (2):

- 1) спонтанном субарахноидальном кровоизлиянии,
- 2) травматическом субарахноидальном кровоизлиянии,
- 3) инфаркте головного мозга,
- 4) гнойном менингите,
- 5) серозном менингите.

11. Наиболее частое осложнение люмбальной пункции (1):

- 1) вклинение миндалин мозжечка в затылочное отверстие,
- 2) височно-темпоральное вклинение,
- 3) ликворная гипотензия,
- 4) гнойный менингит,
- 5) серозный менингит.

12. Менингеальные симптомы (3):

- 1) ригидность шейных мышц,
- 2) симптом Кернига,
- 3) симптом Ласека,
- 4) симптом Мацкевича,
- 5) симптом Брудзинского.

13. Менингеальный синдром характерен для (3):

- 1) субарахноидального кровоизлияния,
- 2) инфаркта головного мозга,

- 3) нормотензивной гидроцефалии,
- 4) гнойного менингита,
- 5) серозного менингита.

14. Симптомы внутричерепной гипертензии (3):

- 1) головная боль,
- 2) тошнота,
- 3) неустойчивость при ходьбе,
- 4) рвота,
- 5) нистагм.

15. Признаки внутричерепной гипертензии (2):

- 1) плоский тип элетроэнцефалограммы,
- 2) «застойные» диски зрительных нервов,
- 3) атрофия головного мозга по данным рентгеновской компьютерной томографии,
- 4) увеличение числа дополнительных сигналов при эхоэнцефалоскопии,
- 5) повышение давления цереброспинальной жидкости свыше 200 мм водн. ст.

16. Наиболее частая причина гипертензивной гидроцефалии (1):

- 1) увеличение образования цереброспинальной жидкости,
- 2) нарушение абсорбции цереброспинальной жидкости,
- 3) препятствие току цереброспинальной жидкости,
- 4) атрофия головного мозга,
- 5) хроническая цереброваскулярная недостаточность.

17. Нормотензивная гидроцефалия характерна для (2):

- 1) опухоли мозжечка,
- 2) опухоли височной доли,
- 3) атрофического процесса в головном мозге,
- 4) последствия субарахноидального кровоизлияния,
- 5) аномалии Киари.

18. Височно-тенториальное вдавление типично для патологических объемных образований в (1):

- 1) продолговатом мозге,
- 2) варолиевом мосту,
- 3) мозжечке,
- 4) среднем мозге,
- 5) большом полушарии.

19. Быстрое развитие вдавления миндалин мозжечка в затылочное отверстие характерно

- 1) лобной доле,
- 2) височной доле,
- 3) затылочной доле,
- 4) зрительном бугре,
- 5) мозжечке.

20. При вдавлении миндалин мозжечка в затылочное отверстие сдвигается (1):

- 1) ножка мозга,
- 2) варолиев мост,
- 3) продолговатый мозг,
- 4) зрительный бугор,
- 5) гипофиз.

Тема 12. Периферические вегетативные расстройства. Нейрогенные нарушения функции тазовых органов

1. Нейроны парасимпатической вегетативной нервной системы находятся в (2):

- 1) больших полушариях головного мозга,
- 2) стволе головного мозга,
- 3) шейном отделе спинного мозга,
- 4) поясничном отделе спинного мозга,
- 5) крестцовом отделе спинного мозга.

2. Парасимпатическая нервная система не участвует в иннервации (2):

- 1) трещка,
- 2) желудка,
- 3) потовых желез,
- 4) артерий,
- 5) кишечника.

3. Симпатическая нервная система не участвует в иннервации (2):

- 1) слезных желез,
- 2) желез носоглотки,
- 3) бронхов,
- 4) желудка,
- 5) сердца.

4. Активации симпатической нервной системы вызывает (3):

- 1) повышение артериального давления,
- 2) учащение частоты сердечных сокращений,
- 3) сужение бронхов,

- 4) усиление перистальтики желудочно-кишечного тракта,
- 5) ослабление потоотделения.

5. Активация парасимпатической нервной системы вызывает (2):

- 1) замедление частоты сердечных сокращений,
- 2) повышение артериального давления,
- 3) усиление перистальтики желудочно-кишечного тракта,
- 4) усиление деятельности слезных желез,
- 5) усиление деятельности слюнных желез.

6. Причины периферической вегетативной недостаточности (3):

- 1) диабетическая полинейропатия,
- 2) алкогольная полинейропатия,
- 3) ишемический инсульт,
- 4) болезнь Меньера,
- 5) болезнь Паркинсона.

7. Для периферической вегетативной недостаточности характерны (3):

- 1) обмороки,
- 2) патологическая мышечная утомляемость,
- 3) импотенция,
- 4) общая слабость,
- 5) снижение массы тела.

8. Методы исследований, подтверждающие наличие синдрома периферической вегетативной недостаточности (1):

- 1) рентгеновская компьютерная томография головного мозга,

- 2) магнитно-резонансная томография спинного мозга,
- 3) электроэнцефалография,
- 4) игольчатая электромиография,
- 5) ортостатическая проба.

9. Лечение ортостатической гипотензии (2):

- 1) антигипертензивные средства,
- 2) симпатомиметики,
- 3) увеличение потребления жидкости,
- 4) уменьшение потребления поваренной соли,
- 5) миорелаксанты.

10. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне(1):

- 1) C_1-C_8 ,
- 3) C_5-C_7 ,
- 4) Th_2-Th_6 ,
- 5) Th_1-Th_7 .

11. Синдром Горнера включает (3):

- 1) сужение глазной щели,
- 2) слезотечение,
- 3) сухость глаза,
- 4) сужение зрачка,
- 5) западение глазного яблока.

12. Синдром Горнера может возникнуть при поражении (3):

- 1) продолговатого мозга,
- 2) верхнего шейного отдела спинного мозга,
- 3) внутренней сонной артерии,
- 4) верхушки легкого,
- 5) зрительного бугра.

13. В головном мозге центр мочеиспускания расположен в (1):

- 1) прецентральной извилине,
- 2) постцентральной извилине,
- 3) парацентральной дольке,
- 4) зрительном бугре,
- 5) гипоталамусе.

14. Спинальный центр мочеиспускания находится на уровне (1):

- 1) Th₈-Th₁₂
- 2) L₁-L₂
- 3) L₃-L₄
- 4) L₅-S₁
- 5) S₂-S₄

15. Неврогенные нарушения мочеиспускания характерны для поражения (1):

- 1) височной доли,
- 2) теменной доли,
- 3) затылочной доли,
- 4) мозжечка,
- 5) спинного мозга.

16. Для неврогенных нарушений мочеиспускания типичны (3):

- 1) боли при мочеиспускании,
- 2) императивные позывы на мочеиспускание,
- 3) истинное недержание мочи,
- 4) воспалительные изменения в анализах мочи,
- 5) отсутствие ощущения прохождения мочи.

17. Арефлексия детрузора мочевого пузыря возникает при поражении (1):

- 1) ствола головного мозга,
- 2) шейного отдела спинного мозга,
- 3) грудного отдела спинного мозга,
- 4) поясничного отдела спинного мозга,
- 5) крестцового отдела спинного мозга.

18. Парадоксальная ишурия характерна для поражения (2)

- 1) лобной доли,
- 2) варолиева моста,
- 3) продолговатого мозга,
- 4) крестцового отдела спинного мозга,
- 5) корешков конского хвоста.

19. Лечение задержки мочи вследствие спазма сфинктеров (2)

- 1) миорелаксанты
- 2) блокаторы холинэргических рецепторов детрузора
- 3) катетеризация мочевого пузыря
- 4) парацетам
- 5) витамины группы B₁

Тема 13. Расстройства сознания

1. Расстройство сознания может возникнуть при небольших по размеру поражениях (1):

- 1) лобной доли,
- 2) височной доли,
- 3) теменной доли,
- 4) затылочной доли,
- 5) среднего мозга.

2. При сопоре сохранены (2):

- 1) речь,
- 2) адекватная реакция на речевые команды,
- 3) реакция на болевые раздражения,
- 4) реакция зрачков на свет,
- 5) контроль функции тазовых органов.

3. При коме могут сохраняться (3):

- 1) произвольные движения в конечностях,
- 2) прямая реакция зрачков на свет,
- 3) содружественная реакция зрачков на свет,
- 4) роговичный рефлекс,
- 5) контроль функции тазовых органов.

4. При коме нельзя исследовать ригидность шейных мышц при подозрении на (0):

- 1) ишемический инсульт,
- 2) спонтанное кровоизлияние в мозг,
- 3) травматическое кровоизлияние в мозг,
- 4) перелом шейного отдела позвоночника,
- 5) гнойный менингит.

5. Расстройство чувствительности при сопоре можно выявлять при исследовании (1):

- 1) болевой чувствительности,
- 2) температурной чувствительности,
- 3) суставно-мышечного чувства,
- 4) стереогноза,
- 5) двумерно-пространственного чувства.

6. Признак центрального пареза при коме (3):

- 1) симптом Кернинга,

2) симптом Брудзинского,

3) симптом Бабинского,

4) асимметрия сухожильных рефлексов,

5) наружная ротация стопы.

7. В шкале комы Глазго оцениваются (2):

- 1) речь,
- 2) зрение,
- 3) двигательные реакции конечностей,
- 4) слух,
- 5) обоняние.

8. По шкале комы Глазго прогноз наиболее благоприятен при сумме баллов (1):

- 1) 0-2,
- 2) 3-5,
- 3) 6-8,
- 4) 9-12,
- 5) 13-15.

9. Для выяснения причины деструктивной комы наиболее информативна (1):

- 1) эхоэнцефалоскопия,
- 2) рентгенография черепа,
- 3) рентгеновская компьютерная томография головы,
- 4) электроэнцефалография,
- 5) ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий.

10. Причины деструктивной комы (2):

- 1) инсульт,
- 2) гипогликемия,

- 3) гипернатриемия,
- 4) черепно-мозговая травма,
- 5) диабетический кетоацидоз.

11. Причины метаболической комы (2):

- 1) энцефалит,
- 2) менингит,
- 3) отравление наркотиками,
- 4) уремия,
- 5) опухоль головного мозга.

12. Быстрое (в течение нескольких минут) нарушение сознания характерно для (2):

- 1) энцефалита,
- 2) менингита,
- 3) инсульта,
- 4) печеночной недостаточности,
- 5) черепно-мозговой травмы.

13. Введение 100 мг тиамина коматозному больному показано при подозрении на (1):

- 1) инсульт,
- 2) энцефалопатию Вернике,
- 3) менингит,
- 4) уремию,
- 5) гипогликемию.

14. Основной метод, подтверждающий смерть головного мозга (1):

- 1) рентгеновская компьютерная томография,
- 2) магнитно-резонансная томография,

- 3) эхоэнцефалоскопия,
- 4) электроэнцефалография,
- 5) рентгенография черепа.

15. При хроническом вегетативном состоянии у больного сохранены (1):

- 1) речь,
- 2) письмо,
- 3) цикл сон — бодрствование,
- 4) целенаправленные движения,
- 5) стереопауз.

16. Акинетический мутизм обычно вызван поражением (1):

- 1) лобных долей,
- 2) теменных долей,
- 3) затылочных долей,
- 4) мозжечка,
- 5) продолговатого мозга.

17. По степени тяжести выделяют следующие нарушения сознания (2):

- 1) делирий,
- 2) галлюцинации,
- 3) сонор,
- 4) акинетический мутизм,
- 5) кома.

18. Признаки поражения ствола головного мозга или черепных нервов при коме (3):

- 1) центральный гемипарез,
- 2) центральная гемигипестезия,
- 3) отсутствие феномена «глаз кукушки».

- 4) односторонний мидриаз,
- 5) вертикальное косоглазие.

19. При подозрении на инфекционное поражение головного мозга с развитием комы наиболее информативно проведение (1):

- 1) рентгенографии черепа,
- 2) рентгеновской компьютерной томографии,
- 3) магнитно-резонансной томографии,
- 4) люмбальной пункции,
- 5) ультразвукового дуплексного сканирования сонных и позвоночной артерий.

20. Вертикальное расходящееся косоглазие и поплавок-вые движения глазных яблоку коматозного больного характерны для поражения (1):

- 1) продолговатого мозга,
- 2) варолиева моста,
- 3) среднего мозга,
- 4) затылочных долей,
- 5) височных долей.

Часть 3. ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Тема 1. Центральный и периферический парез

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	1,3	16	4
2	1-3	17	1-4
3	2,4	18	1,3
4	4,5	19	1-3
5	1-3	20	1-3,5
6	2,3	21	1,3,5
7	3,4	22	5
8	1,4,5	23	1
9	1,3	24	3
10	3	25	5
11	1	26	1-3
12	1,4	27	2
13	2,4	28	3
14	4	29	3
15	2,5	30	1,3

Тема 2. Экотрапирамидные двигательные расстройства

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	4,5	18	3
2	1,3	17	1-3,5
3	1-4	18	4
4	2	19	2,3,5

5	5	20	4
6	1-3	21	4,5
7	4	22	3
8	2	23	2,4
9	1-3	24	1
10	5	25	1,3
11	1,3,5	26	2
12	4,5	27	1
13	4,5	28	4
14	1-4	29	3
15	4	30	6

Тема 3. Нарушения координации

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	1,3,5	16	1
2	2,3,5	17	5
3	2,4	18	3,5
4	4,5	19	2
5	1,3,5	20	2
6	2,4,5	21	2,4
7	4	22	1,3
8	1-3	23	1,3
9	1-4	24	1
10	4,5	25	1
11	1	26	4
12	4	27	5
13	1	28	1,2
14	4	29	3,5
15	1,3	30	1,3

Тема 4. Расстройства чувствительности

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	1,3	16	2,4,5
2	1-3	17	2,5
3	2	18	5
4	4	19	2,4
5	3	20	4
6	2,4	21	4
7	1	22	2,4
8	1,3	23	2
9	1-3	24	1
10	1,3	25	4
11	1	26	4
12	1,3	27	5
13	2,4,5	28	2,4
14	2,4	29	1
15	3	30	2

Тема 5. Спинной мозг, симптомы поражения на разных уровнях

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	1-3	16	2
2	1,2,4	17	1,3
3	3,5	18	1,2
4	4	19	1-3
5	3	20	1,3
6	1,4,5	21	2,5

7	1,3	22	1,3
8	2,4	23	2
9	3	24	1
10	2,5	25	2,4
11	3	26	2
12	1,3,4	27	4
13	4,5	28	1,2
14	5	29	1,3,5
15	1,3	30	4,5

Тема 6. Клиника поражения продолговатого мозга, IX-XII пары черепных нервов

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	4	16	1,2,5
2	2	17	3
3	2,4	18	2,3
4	1-3	19	1-3
5	4	20	5
6	2,4,5	21	1-3
7	3	22	2
8	5	23	2,5
9	1	24	4,5
10	3	25	2,4
11	2	26	1,3
12	2,4	27	1-3
13	3	28	2,3,5
14	1,3	29	1,3
15	1	30	1

Тема 7. Клиника поражения тройничного, лицевого и вестибулокохлеарного нервов, клиника поражения мостомозжечкового угла

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	2,4,5	16	1,3
2	1,4,5	17	1
3	4,5	18	1,2,4
4	2,5	19	2
5	3,5	20	4
6	5	21	1-3
7	1,3,4	22	2
8	1,4,5	23	1,4
9	3	24	3,4
10	1	25	1,3
11	1-3	26	2
12	1	27	1,3
13	5	28	2
14	1,3,4	29	4
15	1,3	30	3

Тема 8. Глазодвигательные расстройства

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	1,3	16	3
2	1,2,4	17	3
3	3,5	18	2
4	1-3	19	4
5	1,2,5	20	1,3
6	1,3	21	1-3

7	3,4	22	1
8	1,5	23	2,4
9	2,4	24	2
10	2,5	25	3,5
11	2-4	26	1
12	1	27	4
13	1	28	4
14	1	29	4
15	2	30	1

Тема 9. Клиника поражения зрительного и обонятельного нервов, зрительного бугра и внутренней капсулы

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	4	16	2
2	1-3	17	4
3	2	18	1-3
4	5	19	3
5	1,3	20	5
6	1,3	21	1
7	4,5	22	5
8	1,3,5	23	3
9	4	24	1
10	1	25	1,2,5
11	2,5	26	2
12	3-5	27	1,3,5
13	5	28	2
14	4	29	2
15	1-3	30	2

Тема 10. Нарушения высших мозговых функций

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	3	16	4
2	1	17	4
3	3,4	18	3
4	1-3	19	4
5	1,3,5	20	1,2,4
6	5	21	4
7	2	22	1,2,4
8	1,2,5	23	1
9	1,3	24	4
10	1-3	25	2,4
11	2	26	1,3
12	5	27	1-3
13	3	28	3
14	1-4	29	1,3
15	2,3,5	30	2,4

Тема 11. Цереброспинальная жидкость. Менингеальный синдром. Внутрочерепная гипертензия

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	3	11	3
2	3	12	1,2,5
3	1,2	13	1,4,5
4	5	14	1,2,4
5	2	15	2,5
6	1	16	3
7	2	17	3,4
8	5	18	5
9	4,5	19	5
10	1,2	20	3

Тема 12. Периферические вегетативные расстройства, нейрогенные нарушения функции тазовых органов

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	2,5	11	1,4,5
2	3,4	12	1,3,4
3	1,2	13	3
4	1,2,5	14	5
5	1,3	15	5
6	1,2,5	16	2,3,5
7	1,3,4	17	5
8	5	18	4,5
9	2,3	19	1,3
10	3	20	2,3

Тема 13. Расстройства сознания

Вопросы	Ответы	Вопросы	Ответы
1	5	11	3,4
2	3,4	12	3,5
3	2,4	13	2
4	4	14	4
5	1	15	3
6	3-5	16	1
7	1,3	17	3,5
8	5	18	3-5
9	3	19	4
10	1,4	20	3

Научное издание

**Другаева Ф.К., Торчинов И.А., Каражаева С.А.,
Холова М.А., Урузова Т.Ч.**

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ И ТЕСТЫ ПО ПРОВЕДЕНИЮ
НЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Сдано в набор 09.03.2010. Подписано в печать 09.06.2010.
Формат бумаги 60×84^{1/8}. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс». «Веконлайн».
Уч. л. 2,25. Тираж 60 экз. Заказ №117.

ИОО СОИГСИ им. Д.Н. Аманжолова ИИИ и Препараты РСО-Астана,
162000, г. Восточный, пр. Мира, 10