

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

КАФЕДРА НЕВРОЛОГІЇ ТА НЕЙРОХІРУРГІЇ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

**«НЕВРОЛОГІЯ»
ПІДГОТОВКА ДО СКЛАДАННЯ
ІСПИТУ КРОК-2**

**Методичні рекомендації
для здобувачів медичного факультету**

Одеса – 2026 р.

УДК 616.8-00

Затверджено:

засіданням кафедри неврології та нейрохірургії

Протокол № 3 від « 30 » 10 2025р.

Укладачі:

Сон А.С., Бабич Е.В., Добровольський В.В., Солодовнікова Ю.О., Перькова Г.В., Лебідь О.П., Гнатюк І.М., Саражина К.С., Сербін І.В., Ярова К.О.

Рецензенти:

Усиченко К.М. – к.мед.н., доцент, керівник сектору забезпечення якості освіти

Кусик Н.Л. – к.ekon.н., доцент, начальник навчально-методичного відділу

Завідувач кафедри неврології та нейрохірургії,
д.мед.н., професор

Анатолій СОН

ПЕРЕДМОВА

Дані методичні рекомендації підготовлено з метою підвищення якості підготовки здобувачів магістерського рівня медичних факультетів до складання КРОК-2.

В основу даних рекомендацій покладено тестові завдання КРОК-2 з неврології за 2014–2024 роки, отримані з офіційних екзаменаційних буклетів. Проведено їх систематизацію та детальний аналіз відповідно до чинних клінічних протоколів, сучасних уявлень про патогенез, діагностику та лікування неврологічних захворювань.

У кожному тестовому завданні:

- наведено обґрунтування вибору правильної відповіді;
- проаналізовано неправильні варіанти з поясненням, чому вони є помилковими.

Особливу увагу приділено типовим помилкам студентів, найбільш «підступним» формулюванням тестів та диференційно-діагностичним моментам, які найчастіше викликають труднощі під час складання іспиту КРОК-2.

Матеріал може бути використаний як для самостійної підготовки, так і під час аудиторних та дистанційних занять здобувачів магістерського рівня.

ІНФЕКЦІЙНІ НЕВРОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

1. У пацієнта віком 18 років раптово виник сильний головний біль, блювання, підвищення температури тіла до 39°C. Об'єктивно спостерігається: положення в ліжку із закинутою головою та підведеними до живота ногами. Загальна гіперестезія. Позитивні симитомии Брудзинського та Керніга. Вогнищева неврологічна симптоматика відсутня. За результатами аналізу ліквору виявлено, нейтрофільний плеоцитоз. Який найімовірніший діагноз?

А. Менінгіт - Симптоми (ригідність потилиці, симптоми Брудзинського і Керніга, нейтрофільний плеоцитоз, закинута голова та підведені до живота ноги) є класичними для менінгіту.

В. Енцефаліт - При енцефаліті зазвичай є фокальна неврологічна симптоматика (судоми, парези), немає в даній клінічній задачі.

С. Субарахноїдальний крововилив - Для нього характерний кров'янистий ліквор, чого не зазначено.

Д. Субдуральна гематома - Вона супроводжується ознаками травми та фокальною симптоматикою.

Е. Абсцес головного мозку – Має вогнищеві симптоми ураження мозку, що не зазначено.

2. У шестимісячної дитини різко підвищилася температура тіла до 39°C, з'явилися блювання, відмова від їжі, короткочасні тоніко-клонічні судоми. Дитина вяла, сонлива. Виявлені ригідність м'язів потилиці, симптоми Керніга, вибухання та напруження тім'ячка. Яке лабораторно-інструментальне обстеження треба провести для верифікації діагнозу?

А. Люмбальну пункцію - у дитини є типові симптоми менінгіту. Люмбальна пункція дозволяє отримати зразок ліквору для виявлення збудника (бактеріального чи вірусного походження), визначення клітинного складу, рівня білка та глюкози та встановлення тиску ліквору, що є важливим діагностичним показником.

В. Рентгенографію черепа - неінформативна при підозрі на менінгіт, оскільки не відображає змін ліквору чи мозкових оболонок.

С. МРТ головного мозку - хоч і може виявити набряк мозку або абсцес, для підтвердження менінгіту МРТ не є першим кроком. Основним методом залишається аналіз ліквору.

Д. Нейросонографію - дозволяє оцінити внутрішньочерепні структури через велике тім'ячко, але не дає інформації про ліквор чи запалення мозкових оболонок.

Е. Біохімічне дослідження сироватки крові - дає лише загальні дані про запальний процес, але не є специфічним для діагностики менінгіту.

3. У чоловіка з хронічним гнійним отитом виник сильний головний біль, блювання, підвищилася температура тіла. Наявні менингеальні симптоми. Вогнищева неврологічна симптоматика відсутня. Які першочергові заходи для ведення хворого?

А. Госпіталізація та діагностична люмбальна пункція - симптоми пацієнта (сильний головний біль, блювання, висока температура, менингеальні симптоми) вказують на менінгіт, який, у даному випадку, ймовірно має вторинне походження через хронічний гнійний отит. Це є невідкладним станом, що вимагає швидкої діагностики та лікування. Люмбальна пункція дозволить підтвердити діагноз менінгіту, оцінити ліквор (наявність нейтрофільного плеоцитозу, білка, низького рівня глюкози) та встановити збудника захворювання для правильного підбору антибактеріальної терапії. Госпіталізація необхідна для інтенсивного спостереження, внутрішньовенного введення антибіотиків та симптоматичної терапії.

В. Консультація отоларинголога - хоча отоларинголог має оцінити стан вуха, це не є першочерговим заходом. Важливіше невідкладно виключити менінгіт.

С. Призначення протизапальних ліків - НПЗЗ знижують симптоми, але не лікують причину інфекції. Без антибіотиків стан може погіршитися.

Д. Амбулаторне спостереження за хворим - абсолютно неприпустимо при підозрі на менінгіт, який вимагає екстреного лікування.

Е. Призначення рентгенографії черепа - не дає інформації про стан мозкових оболонок чи ліквор, тому є малоприматним у цій ситуації.

4. Хвора 25-ти років раптово відчула інтенсивний головний біль, нудоту, біль в шії, попереку. Об'єктивно: на тілі геморагічна висипка. Температура 39,2 °С. Виражені менингеальні симптоми. Світлова, тактильна, больова гіперестезія. У крові: лейкоцити - $25 \times 10^9/\text{л}$. Який метод обстеження найбільш інформативний?

А. Люмбальна пункція - у пацієнтки є класичні симптоми менингококового гнійного менінгіту. Люмбальна пункція дозволить підтвердити діагноз менінгіту, оцінити ліквор (наявність нейтрофільного плеоцитозу, білка, низького рівня глюкози) та встановити збудника захворювання для правильного підбору антибактеріальної терапії.

В. Комп'ютерна томографія - використовується для виключення внутрішньочерепного крововиливу або мас-ефекту. Не підтверджує менінгіт.

С. Електроенцефалографія - використовується для оцінки судомної активності, але не для діагностики менінгіту.

Д. Транскраніальна доплерографія - застосовується для оцінки кровотоку в мозкових судинах, але не є діагностичним методом для менінгіту.

Е. Ехоенцефалографія - використовується для виявлення зміщення структур мозку (гематом, пухлин), але не для аналізу запальних процесів.

5. У жінки 46-ти років через добу після початку грипу посилюється головний біль, з'явилося запаморочення, нудота. Об'єктивно: свідомість збережена, психомоторне збудження, загальна гіперестезія, помірний менингеальний синдром, ністагм. Сухожилкові рефлексів справа вище, понижена сила м'язів у правих кінцівках, справа патологічний рефлекс Бабінського. Ліквор: прозорий, тиск 220 мм вод.ст., помірний цитоз - $46,3 \times 10^6$ /л, переважно лімфоцити. Який із діагнозів найбільш імовірний?

А. Грипозний менингоенцефаліт - пацієнтка нещодавно перенесла грип, після чого виникли симптоми, характерні для ураження центральної нервової системи: головний біль, запаморочення, нудота, психомоторне збудження, загальна гіперестезія, менингеальні симптоми, ністагм. Наявність менингеального синдрому в поєднанні з психомоторним збудженням та вогнищевою неврологічною симптоматикою (зниження сили м'язів у правих кінцівках, патологічний рефлекс Бабінського справа) свідчить про енцефаліт з ураженням кори головного мозку. Результати дослідження ліквору (прозорий, тиск 220 мм вод.ст., помірний цитоз - $46,3 \times 10^6$ /л, переважно лімфоцити) підтверджують дану патологію.

В. Бактеріальний менингоенцефаліт - Для нього характерний більш виражений цитоз у лікворі з переважанням нейтрофілів, каламутний ліквор, висока температура і важкий загальний стан пацієнта.

С. Субарахноїдальний крововилив - у лікворі при крововиливі зазвичай присутня кров, або він має ксантохромний колір. Менингеальні симптоми були б значно вираженішими, але вогнищева неврологічна симптоматика менш характерна.

Д. Паренхіматозно-субарахноїдальний крововилив - супроводжується значним порушенням свідомості, інтенсивним головним болем, геміплегією, в лікворі спостерігається наявність крові.

Е. Ішемічний інсульт - хоча у пацієнтки є вогнищеві симптоми (зниження сили м'язів, рефлекс Бабінського), інсульт не пояснює менингеальні симптоми, підвищений тиск ліквору і його цитоз.

6. Дитина 1,5 років захворіла гостро: підвищилася температура до 39°C , з'явилося блювання до 5 разів. Дослідження нервової системи виявило позитивні симптоми Керніга, Брудзинського. Перераховані симптоми відносяться до:

А. Менингеальних знаків — поєднання загальноомозкової симптоматики (лихоманка, блювання до 5 разів) та наявності специфічних менингеальних симптомів (Керніга, Брудзинського).

В. Синдрому дискоординації - включає розлади рівноваги, ходи або роботи м'язів, але в задачі вони не описані.

С. Синдрому рухових розладів - характеризується парезами, паралічами або патологічними рефлексами, які не згадуються у випадку.

Д. Енцефалічного синдрому - проявляється порушенням свідомості, судом, психомоторним збудженням, чого немає у даної дитини.

Е. Ознак інфекційного токсикозу - включають загальні симптоми інтоксикації (підвищена температура, блювання), але не охоплюють специфічних менингеальних симптомів.

7. Хворий 27-ми років на 2-й день хвороби скаржиться на нестерпний головний біль, багаторазове блювання. Об'єктивно: стан важкий. У свідомості, адинамічний. В ліжку займає вимушене положення із запрокинутою головою. Шкіра без висипу. Виражені ригідність м'язів потилиці, симптоми Керніга, Брудзинського. Температура 39,5°C, Ps- 120/хв, АТ- 130/80 мм рт.ст. Чим зумовлений провідний синдром захворювання?

А. Лікворна гіпертензія - це підвищення тиску спинномозкової рідини (ліквору), що виникає внаслідок запального процесу в оболонках мозку (наприклад, при менінгіті чи менінгоенцефаліті). У цьому випадку симптоми менингеального синдрому (ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга, Брудзинського) свідчать про подразнення мозкових оболонок, що супроводжується накопиченням ліквору та підвищенням його тиску.

В. Лікворна гіпотензія - проявляється головним болем, що посилюється у вертикальному положенні, але немає блювання чи менингеальних симптомів.

С. Ураження ядер черепно-мозкових нервів - характеризується порушенням функції черепно-мозкових нервів (дисфагія, диплопія, парези), що не згадано в описі.

Д. Крововиливи в надниркові залози - це ознака синдрому Уотерхауса-Фрідеріксена, пов'язаного з сепсисом і менінгококцемією, але у пацієнта немає висипу чи ознак шоку.

Е. Гіпертермія - підвищення температури саме по собі не пояснює ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга чи багаторазове блювання.

8. Дитині 8 років. Скарги на температуру тіла 39,3°C, головний біль, блювання. 1-й день захворювання. Шкіра чиста. Зів гіперемований. Язик обкладений. Кон'юнктивіт. Склерит. Слабко виражена ригідність потиличних м'язів. Позитивний симптом Керніга справа. Ліквор: цитоз - 340/мкл, лімфоцити - 87%, нейтрофіли - 13%, білок - 140 мг/л. Яким буде найімовірніший діагноз?

А. Серозний менінгіт - наявний менингеальний синдром (слабка ригідність потиличних м'язів та позитивний симптом Керніга справа), помірний цитоз у лікворі, переважно лімфоцитарний, підвищення білка - характерні ознаки серозного менінгіту.

В. Арахноїдит - це хронічне захворювання із залученням павутинної оболонки мозку, яке не має гострого початку з такою вираженою інтоксикацією та підвищенням цитозу.

С. Нейротоксикоз - розвивається як ускладнення при тяжких бактеріальних або вірусних інфекціях, але він не супроводжується менінгеальними симптомами чи змінами ліквору.

Д. Пухлина мозку - у лікворі не буде цитозу та підвищеного білка в такій концентрації. Пухлини зазвичай проявляються тривалішими симптомами, включаючи вогнищеві неврологічні дефіцити.

Е. Гнійний менінгіт - для нього характерний значно вищий цитоз із переважанням нейтрофілів, мутний ліквор, а клінічно — більш виражена ригідність потиличних м'язів.

9. У хворого з гнійним отитом різко погіршився стан: з'явилися головний біль, блювання, фебрильна температура, загальна гіперестезія. Виявляються менінгеальні знаки, застійні диски зорових нервів. Вогнищева симптоматика відсутня. Ліквор мутний, тиск підвищений, клітинно-білкова дисоціація за рахунок нейтрофілів. Про яке захворювання слід думати?

А. **Вторинний гнійний менінгіт** – пацієнт має гнійний отит в анамнезі, що є потенційним джерелом інфекції та може викликати вторинний гнійний менінгіт через поширення інфекції на мозкові оболонки. Різке погіршення стану: головний біль, блювання, висока температура (фебрильна), загальна гіперестезія, менінгеальні знаки (ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга, Брудзинського), відсутність вогнищевої симптоматики свідчить про наявність запального процесу центральної нервової системи, що обмежений оболонками мозку, а не паренхімою (виключає менінгоенцефаліт). Дані аналізу ліквору (мутний із підвищеним тиском, клітинно-білкова дисоціація (підвищений цитоз із переважанням нейтрофілів) підтверджують діагноз бактеріального менінгіту.

В. Менінгоенцефаліт - у разі залучення паренхіми мозку була б присутня вогнищева неврологічна симптоматика (парези, афазія, судоми тощо), яка у цього пацієнта відсутня.

С. Серозний менінгіт - характеризується лімфоцитарним цитозом у лікворі, прозорим ліквором, меншою тяжкістю симптомів.

Д. Первинний гнійний менінгіт - первинний процес не пов'язаний із локальним інфекційним осередком (як у цьому випадку гнійний отит).

Е. Субарахноїдальний крововилив - характеризується наявністю крові в лікворі, що не описано у цьому випадку.

10. Чоловік 38-ми років надійшов до лікарні у непритомному стані. Захворів учора: з'явився головний біль, нудота, блювання, температура тіла - 38,5°C, виникло запаморочення, марення. Протягом останніх 4-х днів скаржився на біль та зниження слуху на ліве вухо. Об'єктивно: стан сопорозний, ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга з обох боків,

загальна гіперстезія, гноєтеча з лівого вуха. Який з перерахованих діагнозів найбільш імовірний?

А. Вторинний гнійний менінгіт - Пацієнт має анамнез гнійного отиту (біль і зниження слуху на ліве вухо, гноєтеча). Головний біль, блювання, висока температура ($38,5^{\circ}\text{C}$), марення та прогресування до сопорозного стану вказують на ураження центральної нервової системи. Менінгеальні знаки: ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга з обох боків, загальна гіперестезія свідчать про подразнення мозкових оболонок.

В. Первинний гнійний менінгіт - розвивається без зв'язку з локальним гнійним вогнищем. У даному випадку отит чітко вказує на вторинний характер менінгіту.

С. Туберкульозний менінгіт - характеризується підгострим або хронічним перебігом, менш вираженою лихоманкою та специфічними змінами в лікворі (лімфоцитарний цитоз).

Д. Субарахноїдальний крововилив - характеризується гострим початком, відсутністю гнійного вогнища, а в лікворі виявляється кров.

Е. Паренхіматозно-субарахноїдальний крововилив - окрім крові в лікворі, для нього характерні виражені вогнищеві неврологічні симптоми (парези, афазія), яких у пацієнта немає.

11. Хворий скаржиться на підвищення температури тіла до $39,4^{\circ}\text{C}$, головний біль, блювання. Ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга позитивний, вогнищеві симптоми немає. Ліквор: цитоз -19600 мкл, лімфоцити - 27%, нейтрофіли - 73%, білок - 6,3 г/л. Імовірний діагноз:

А. Менінгококовий менінгіт - гострий початок із високою температурою ($39,4^{\circ}\text{C}$), головним болем, блюванням та позитивними менінгеальними симптомами (ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга) та відсутність вогнищеві неврологічної симптоматики свідчить про ураження мозкових оболонок без залучення мозкової паренхіми. Високий цитоз 19600 клітин/мкл із переважанням нейтрофілів (73%), характерний для гнійного бактеріального менінгіту, до яких належить менінгококовий менінгіт. Підвищений білок (6,3 г/л) також типовий для гнійного менінгіту. Ліквор є мутним, що властиво для інфекційного процесу бактеріальної природи.

В. Туберкульозний менінгіт - характеризується підгострим перебігом, помірним цитозом із переважанням лімфоцитів, а не нейтрофілів.

С. Герпетичний менінгіт - Для нього типова лімфоцитарна реакція в лікворі (лімфоцити $>90\%$) і наявність характерних вогнищевих симптомів, наприклад судом або психічних розладів.

Д. Ентеровірусний менінгіт - ліквор буде прозорим, цитоз помірний (до кількох сотень клітин/мкл) із переважанням лімфоцитів.

Е. Субарахноїдальний крововилив - у лікворі виявляється кров або ксантохромія, відсутність цитозу.

12. У хворої 36-ти років із вираженим менінгеальним синдромом, петехіальними висипаннями на шкірі, ознобом, температурою тіла 39°C, запальними змінами в периферичній крові та нейтрофільним плейоцитозом у лікворі діагностовано гнійний менінгіт. Який із наявних синдромів у хворої має вирішальне значення для постановки діагнозу менінгіту?

А. Нейтрофільний плейоцитоз - нейтрофільний плейоцитоз у лікворі (підвищений вміст клітин із переважанням нейтрофілів) є ключовою ознакою гнійного менінгіту, яка підтверджує наявність запального процесу бактеріальної природи в мозкових оболонках.

В. Петехіальні висипання на шкірі - це ознака, характерна для менінгококцемії, але не обов'язкова для всіх видів гнійного менінгіту.

С. Менінгеальний синдром - свідчить про подразнення мозкових оболонок, але не дозволяє диференціювати природу запалення (гнійний, серозний, туберкульозний тощо).

Д. Підвищення температури тіла, озноб - це загальні симптоми, характерні для багатьох інфекційних процесів.

Е. Запальні зміни в периферичній крові - також неспецифічний показник, який лише підтверджує наявність системної запальної відповіді.

13. Хворий 20-ти років скаржиться на сильний головний біль, двоїння в очах, загальну слабкість, підвищення температури тіла, дратівливість. Об'єктивно: температура тіла 38,1°C, в контакт вступає неохоче, болісно реагує на подразники. Птоз лівої повіки, розбіжна косоокість, анізокорія S>D. Виражений менінгеальний синдром. При люмбальній пункції ліквор витікає під тиском 300 мм вод.ст., прозорий, з легкою опалесценцією, через добу випала фібринозна плівка. Білок - 1,4 г/л, лімфоцити - 600 в мм³, цукор - 0,3 ммоль/л. Який попередній діагноз слід поставити хворому?

А. Туберкульозний менінгіт - головний біль, двоїння в очах, птоз лівої повіки, розбіжна косоокість, анізокорія (ураження черепно-мозкових нервів, зокрема III пари, характерно для туберкульозного менінгіту), загальна слабкість, дратівливість, підвищена температура, виражений менінгеальний синдром (ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга і Брудзинського). Це типова картина для туберкульозного менінгіту, що розвивається поступово і супроводжується ураженням базальних відділів мозкових оболонок. Ліквор витікає під високим тиском (300 мм вод. ст.), прозорий, з легкою опалесценцією, із випаданням фібринозної плівки через добу, що є характерною ознакою туберкульозного менінгіту, високий вміст білка (1,4 г/л) та значний лімфоцитарний цитоз (600/мкл) підтверджують хронічне запальне ураження, рівень цукру дуже низький (0,3 ммоль/л), що є специфічним для туберкульозного менінгіту.

В. Менінгококовий менінгіт - Характеризується гострим початком із нейтрофільним цитозом у лікворі, мутним ліквором і відсутністю фібринозної плівки.

С. Лімфоцитарний менінгіт Армстронга - це вірусний менінгіт із доброякісним перебігом, прозорим ліквором, але нормальним рівнем цукру та білка.

Д. Сифілітичний менінгіт - частіше супроводжується хронічними симптомами, але рівень цукру зазвичай залишається нормальним, а лімфоцитоз менш виражений.

Е. Паротитний менінгіт - характеризується доброякісним перебігом із прозорим ліквором, підвищенням рівня білка, але без фібринозної плівки чи значного зниження рівня цукру.

14. Госпіталізовано дитину 8-ми років із скаргами на підвищення температури тіла до 39,8°C, млявість, помірний головний біль, блювання. При огляді виявлені менінгеальні симптоми. Проведено люмбальну пункцію. Отримано рідину під підвищеним тиском, прозору, цитоз 450 клітин в 1 мкл (переважно лімфоцити – 90%), вміст глюкози 2,6 ммоль/л. Яким збудником може бути викликано захворювання у дитини?

А. Ентеровірус - підвищення температури до 39,8°C, млявість, головний біль, блювання та наявність менінгеальних симптомів є типовими для менінгіту. Захворювання має гострий початок, що характерно для вірусних менінгітів. Ліквор прозорий, що виключає гнійний бактеріальний менінгіт. Цитоз 450 клітин/мкл із переважанням лімфоцитів (90%) типово для серозного (вірусного) менінгіту. Рівень глюкози (2,6 ммоль/л) знижується лише незначно, що також характерно для вірусного ураження мозкових оболонок. Ентеровіруси є найчастішою причиною серозного менінгіту у дітей. Вони передаються фекально-оральним або повітряно-краплинним шляхом, і захворювання часто має спорадичний або епідемічний характер.

В. Менінгокок - характерний для гнійного менінгіту з мутним ліквором, нейтрофільним цитозом і значно зниженим рівнем глюкози.

С. Туберкульозна паличка - викликає підгострий або хронічний менінгіт із лімфоцитарним цитозом, але рівень глюкози значно нижчий (зазвичай <1,5 ммоль/л).

Д. Стафілокок - зазвичай асоціюється з гнійним менінгітом і нейтрофільним плеїоцитозом.

Е. Пневмокок – також викликає гнійний менінгіт із нейтрофільним цитозом і значно зниженим рівнем глюкози.

ЕПІЛЕПСІЯ

1. У хлопчика 10-ти років періодично виникають короточасні стани (до 10-15 секунд) у вигляді "раптового відключення", які супроводжуються зупинкою і фіксацією погляду у прямому положенні, відсутнім беззмістовним виразом обличчя, зупинкою рухів та наступною амнезією. Який найбільш імовірний стан описано?

А. Абсанс - це форма епілепсії, яка характеризується короточасними нападами порушення свідомості. Типовими ознаками є короточасна втрата свідомості (зазвичай 10–15 секунд), фіксація погляду в одній точці, відсутній вираз обличчя (маскоподібність), зупинка рухів (дитина "завмирає"), відсутність реакції на подразники під час нападу, пост-амнезія — дитина не пам'ятає, що сталося під час нападу.

В. Обнубіляція - це зниження ясності свідомості, при якому людина виглядає сонливою, уповільненою, може не реагувати на подразники. Проте при обнубіляції не виникає раптового "відключення" і настільки короточасних епізодів (10–15 секунд), як при абсансах.

С. Транс - це змінений стан свідомості, який зазвичай пов'язаний із медитацією, гіпнозом чи іншими психогенними чинниками. Для транс характерна певна тривалість та специфічна причина виникнення, чого немає у наведеному випадку.

Д. Фуга - це психогенний стан, що супроводжується раптовим втечею (часто без усвідомлення цього) і втратою пам'яті про себе чи події. У випадку з хлопчиком відсутня зміна місця перебування чи дезорієнтація.

Е. Шперрунг - це стан, за якого у людини виникає "блокування" мислення чи мови (раптове припинення думки). Зазвичай це трапляється при шизофренії, але у даному випадку таких симптомів немає.

2. У хворого 30-ти років раптова непритомність, тоніко-клонічні судоми, АТ- 150/100 мм рт.ст., ЧСС- 100/хв. Перед нападом відчував запаморочення, почуття нереальності дійсності, неояснене почуття страху, про напад судом не пам'ятає. Який діагноз найбільш імовірний?

А. Епілепсія - Описаний випадок містить характерні ознаки епілептичного нападу: раптова непритомність, тоніко-клонічні судоми, що є типовими для генералізованих епілептичних нападів, амнезія щодо подій під час нападу (пацієнт не пам'ятає самого нападу), передвісники (аура): запаморочення, почуття нереальності, неояснений страх. Ці симптоми свідчать про ауруподібний початок, який часто зустрічається при епілепсії. Відсутність специфічних ознак, характерних для інших станів, як, наприклад, тривалого порушення кровообігу чи ізольованого вестибулярного дефіциту.

В. Синдром Морганьї-Адамса-Стокса - це короточасна втрата свідомості, обумовлена раптовою серцевою аритмією, яка призводить до гіпоперфузії мозку.

Для цього синдрому нетипові судоми (вони можуть виникати лише при тривалій гіпоксії) і передвісники, такі як почуття страху чи нереальності.

С. Вестибулярне зомління - це стан, що виникає через порушення роботи вестибулярного апарату. Для нього характерні запаморочення, але не виникає судом, амнезії чи почуття страху. АТ і ЧСС зазвичай залишаються в нормі.

Д. Транзиторна ішемічна атака - ТІА зазвичай проявляється неврологічним дефіцитом (порушення зору, слабкість, втрата чутливості тощо), але судоми і раптова втрата свідомості без інших неврологічних симптомів не є характерними для ТІА.

Е. Гіпервентиляційна ішемічна атака - це стан, викликаний зниженням вуглекислого газу в крові через гіпервентиляцію, що може спричинити запаморочення або втрату свідомості. Однак для такого стану не характерні тоніко-клонічні судоми та передвісники у вигляді аури.

3. У жінки віком 38 років на тлі ясної свідомості виникли клонічні судоми у м'язах правої кисті, що поширилися на праву руку і тривали протягом декількох хвилин. Під час огляду пацієнтки після нападу спостерігається: центральний правобічний верхній монопарез. Укажіть тип епілептичного нападу.

А. Фокальний моторний із усвідомленням (джексонівський) - описана клінічна картина відповідає джексоновському нападу, який є фокальним моторним епілептичним нападом з такими характерними ознаками, як фокальність (судоми починаються локально (у м'язах правої кисті) і поступово поширюються на праву руку), ясна свідомість (пацієнтка залишається у свідомості протягом нападу), постіктальний парез (монопарез правої руки) – типова риса, яка виникає після джексоновських нападів і свідчить про тимчасову функціональну неспроможність ураженої ділянки мозку.

В. Фокальний міоклонічний - фокальні міоклонічні напади характеризуються короткими, швидкими скороченнями м'язів у певній ділянці. Однак у цьому випадку описано клонічні судоми з поширенням, що не характерно для міоклонічного нападу.

С. Простий фокальний - цей термін загальний і може охоплювати різні типи фокальних нападів (з моторними чи немоторними проявами), але конкретно у цьому випадку моторний напад має свої особливості, у вигляді поширення з кисті на руку («джексонівський марш»).

Д. Генералізований тоніко-клонічний - генералізовані напади залучають обидві півкулі мозку з втратою свідомості. Описаний випадок має фокальний характер (обмежені судоми правої кисті та руки) і не супроводжується втратою свідомості.

Е. Генералізований абсанс - абсанси є короткочасними нападами втрати свідомості без моторних проявів, що абсолютно не відповідає описаній картині.

4. Хворий 28-ми років доставлений бригадою швидкої допомоги до приймального відділення у непритомному стані з генералізованими епілептичними нападами, що повторюються через 15-20 хвилин. Під час транспортування хворому двічі вводились сибазон, сірчанокисла магnezія, однак рівень свідомості не відновився. У якому відділенні необхідно надавати невідкладну допомогу?

А. Реанімаційне - описана клінічна картина відповідає епілептичному статусу (status epilepticus) — небезпечному для життя стану, який характеризується тривалими або повторюваними епілептичними нападами без відновлення свідомості між ними. Це є медичною надзвичайною ситуацією, яка потребує інтенсивної терапії та спостереження. Тривалі судоми можуть призвести до важкої гіпоксії, порушення кровообігу, набряку мозку та поліорганної недостатності. Пацієнт потребує постійного моніторингу життєвих функцій (дихання, серцево-судинна система). При необхідності проводиться інтубація та переведення на ШВЛ. Потрібне введення препаратів (бензодіазепіни, фенітоїн або вальпроат натрію), корекція водно-електролітного балансу, у тяжких випадках введення у наркоз. Саме тому пацієнт потребує невідкладної допомоги в реанімаційному відділенні.

В. Неврологічне - неврологічне відділення займається лікуванням епілепсії у пацієнтів в стабільному стані, але не є обладнаним для надання невідкладної інтенсивної допомоги при епілептичному статусі.

С. Хірургічне - у цьому випадку немає показань для хірургічного втручання. Судоми не пов'язані з гострою травмою чи іншими станами, що потребують хірургії.

Д. Терапевтичне - Терапевтичне відділення не має обладнання для інтенсивного моніторингу та невідкладної допомоги при судомі.

Е. Психіатричне - епілептичний статус є неврологічною надзвичайною ситуацією, а не психіатричним розладом.

5. У 13-річного хлопчика раптово виникли втрата свідомості, генералізовані клоніко-тонічні судоми. Об'єктивно: зіниці розширені, фотореакція відсутня, виражений ціаноз обличчя, прикушування язика, виділення білої піни з рота, мимовільне сечовипускання і дефекація. З анамнезу відомо, що дані напади відбуваються з трирічного віку декілька разів на рік, дитина постійно приймає седативні та протисудомні препарати. Бригадою швидкої медичної допомоги діагностований епілептичний статус. Оберіть препарат для купірування нападу:

А. Діазепам - Для купірування епілептичного статусу препаратом першого вибору є бензодіазепіни, зокрема діазепам або лоразепам. Ці препарати ефективно припиняють судоми завдяки посиленню ГАМК-ергічної передачі, що пригнічує надмірну нейрональну активність.

В. Корглікон - це кардіотонічний препарат, що застосовується при серцевій недостатності. Він не має антиконвульсійного ефекту і не впливає на судом.

С. Атропін - це холіноблокатор, який застосовується при брадикардії або отруєннях фосфорорганічними сполуками. Він не має відношення до лікування судом.

Д. Аміназин - це антипсихотичний препарат із седативною дією. Використовується при психомоторному збудженні, але не є препаратом вибору для купірування судом. Більш того, аміназин може знижувати судомний поріг, що небезпечно при епілепсії.

Е. Адреналін - застосовується при анафілаксії, шоку або зупинці серця. Не має антиконвульсійної дії і не підходить для лікування епілептичного статусу.

6. Хворий 37-ми років госпіталізований до реанімаційного відділення у зв'язку з повторюваними кожні півгодини судомними тоніко-клонічними нападами. Між нападами до свідомості не приходить. АТ- 120/90 мм рт.ст., Рс- 100/хв. Вчора ввечері був на весіллі, вживав алкоголь. 5 років тому переніс закриту черепно-мозкову травму, забій головного мозку, після чого виникли поодинокі судомні напади з втратою свідомості. Хворий курс протиепілептичного лікування не проходив. Який препарат необхідно першочергово ввести для надання невідкладної допомоги?

А. Сибазон - є препаратом вибору при лікуванні епілептичного статусу, оскільки має потужну протисудомну дію та швидко діє при внутрішньовенному введенні, забезпечуючи купірування судом протягом декількох хвилин.

В. Сульфат магнію - застосовується для лікування судом при еклампсії (у вагітних), але не є препаратом вибору при епілептичному статусі.

С. Оксипентал натрію - має заспокійливу і снодійну дію, але не є достатньо ефективним для швидкого купірування судом у стані епілептичного статусу.

Д. Аміназин - це антипсихотичний препарат із седативною дією. Використовується при психомоторному збудженні, але не є препаратом вибору для купірування судом. Більш того, аміназин може знижувати судомний поріг, що небезпечно при епілепсії.

Е. Тіопентал натрію - барбітурат із сильним седативним ефектом, який використовується у деяких випадках рефрактерного епілептичного статусу, але не є препаратом першої лінії через тривалу дію і високий ризик пригнічення дихання.

7. Чоловік 27-ми років 3 роки тому переніс важку черепно-мозкову травму. Останній рік у нього з'явилися стани, коли він під час будь-якої роботи раптово застигає, не втрачаючи м'язового тону, вираз обличчя стає маскоподібним, що триває 1-2 хвилини. Після цього він повертається до попередньої діяльності, але подібні «відключення» не пам'ятає. Препарати якої групи доцільно призначити?

А. Антikonвульсанти - описані епізоди відповідають епілептичним нападам за типом абсансів. Це короточасні "відключення" свідомості без втрати м'язового тону, після яких пацієнт не пам'ятає, що сталося. Вони можуть бути наслідком перенесеної черепно-мозкової травми, яка призвела до розвитку епілепсії. Антikonвульсанти пригнічують надмірну електричну активність у мозку, що викликає напади, їх використання може запобігти розвитку нападів і зменшити їх частоту.

В. Антидепресанти - використовуються для лікування депресивних станів, але не впливають на епілептичні напади.

С. Антипсихотики - призначають для лікування психотичних розладів або тяжкої тривоги, але вони не мають протисудомного ефекту.

Д. Антигіпертензивні засоби - показані при артеріальній гіпертензії, але не мають відношення до лікування епілепсії.

Е. Ноотропні засоби - використовуються для покращення когнітивних функцій, але не впливають на причину та механізми епілептичних нападів

8. Жінка 40-ка років з 15-ти років страждає на епілепсію з генералізованими епінападами, які виникають 2-3 рази на місяць у нічний час та супроводжуються мимовільним сечовиділенням та дефекацією. Після психотравми (смерть батька) напади почастишали, виникають з періодичністю 2-3 хвилини, між нападами до свідомості не повертається, реакція зіниць на світло відсутня. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Епілептичний статус — стан, коли напади повторюються з коротким інтервалом або тривають понад 5 хвилин без повернення до свідомості, є епілептичним статусом (status epilepticus).

В. Істеричний напад - характеризується демонстративною поведінкою, збереженням свідомості, відсутністю мимовільного сечовиділення чи дефекації, не призводить до порушення реакції зіниць на світло.

С. Збільшення кількості великих епінападів - у цьому варіанті напади можуть частішати, але між ними пацієнтка приходить до свідомості.

Д. Абсанс — це короточасні порушення свідомості (кілька секунд) без втрати м'язового тону і мимовільних рухів. Така клінічна картина не відповідає описаним тоніко-клонічним нападам.

Е. Епілептичний психоз - це психічний розлад, який розвивається після нападів, але не супроводжується частими нападами чи втратою свідомості. Немає характерних судом чи інших ознак, притаманних епілептичному статусу.

9. У хворого 26-ти років за добу спостерігалось 4 генералізованих судомних напади, між якими хворий не приходив до ясної свідомості (перебуває в комі або сопорі). Визначте стан:

А. Епілептичний статус - стан, коли напади повторюються з коротким інтервалом або тривають понад 5 хвилин без повернення до свідомості, є епілептичним статусом (status epilepticus).

В. Часті генералізовані судомні напади - це випадок, коли напади трапляються часто, але свідомість між ними повністю відновлюється.

С. Часті джексоновські напади — це фокальні моторні напади без порушення свідомості.

Д. Істеричні напади - характеризуються демонстративною поведінкою, без порушення свідомості чи мимовільних судомних рухів.

Е. Часті складні парціальні напади - зазвичай супроводжуються локальними проявами та порушенням свідомості, але не є генералізованими.

10. Жінка 35-ти років надійшла до відділення інтенсивної терапії з нападами судом з періодичністю 2-3 хвилини, між якими не відбувається покращення свідомості, реакція зіниць на світло відсутня. З дитинства хворіє на епілепсію. Зазвичай напади виникають 1-2 рази на місяць у нічний час та супроводжуються мимовільним сечовиділенням та дефекацією. Почастішання нападів та вищевказані ускладнення виникли на тлі перенесеного грипу. Який стан найбільш імовірно розвинувся у хворій?

А. Епілептичний статус - стан, коли напади повторюються з коротким інтервалом або тривають понад 5 хвилин без повернення до свідомості, є епілептичним статусом (status epilepticus).

В. Епілептичний психоз - характеризується порушенням поведінки, галюцинаціями чи маренням після нападів, але не судомами та порушенням свідомості.

С. Гіпокальціємічний криз - може проявлятися судомами, але вони зазвичай є тетанічними (тривалими м'язовими спазмами), реакція зіниць на світло не порушується.

Д. Істеричний невроз - Істеричні напади не супроводжуються втратою свідомості чи відсутністю реакції зіниць на світло. Судоми при істерії є демонстративними.

11. Чоловік підібраний на вулиці в непритомному стані та доставлений до санпропускника. У нього спостерігаються повторні напади тонічних і клонічних судом рук і ніг з невеликими проміжками, мимовільне сечовипускання. Зіниці широкі, не реагують на світло. На язиці -сліди прикушування. Вогнищева неврологічна симптоматика не виявлена. АТ - 140/90 мм рт. ст. Голова хворого може бути вільно приведена до грудей. Визначіть найбільш імовірну патологію:

А. Епілептичний статус - стан, коли напади повторюються з коротким інтервалом або тривають понад 5 хвилин без повернення до свідомості, є епілептичним статусом (status epilepticus).

В. Інфаркт мозку - проявляється фокальною неврологічною симптоматикою (парез, афазія), яка відсутня в описаному випадку. Судоми можуть бути рідкісними ускладненнями, але не головним проявом.

С. Правець - супроводжується тризмом (спазмом жувальних м'язів), опістотонусом (спазмами спинних м'язів) і відсутністю генералізованих тоніко-клонічних нападів. Зазвичай немає прикушування язика або порушення свідомості

Д. Гострий менінгоенцефаліт - Для менінгоенцефаліту характерні виражені менінгеальні симптоми (ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга, Брудзинського), яких немає у даному випадку. Можуть бути судоми, але основні симптоми включають лихоманку, головний біль і психічні розлади.

Е. Паренхіматозний крововилив - супроводжується фокальними симптомами (парез, асиметрія рефлексів, порушення мови).

12. У чоловіка віком 35 років, що хворіє на епілепсію, розвинувся великий судомний напад тривалістю 4 хвилини. За 10 хвилин після нападу свідомість не відновилася, виникли повторні тоніко-клонічні судоми. Який медикаментозний засіб необхідно використати в цій ситуації?

А. Діазепам — препарат вибору для невідкладного купірування епілептичного статусу завдяки швидкій дії.

В. Вальпроєву кислоту - використовується для профілактики повернення нападів, як додаткова терапія до бензодіазепінів.

С. Галоперидол – не має протиепілептичної дії.

Д. Карбамазенін - профілактичний препарат для парціальних нападів, не використовується у невідкладних станах.

Е. Амітриптилін – трициклічний антидепресант, не має жодного відношення до лікування епілепсії.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

1. Пацієнтку віком 65 років шпиталізовано до лікарні зі скаргами на слабкість у лівих кінцівках, що виникла вранці та поступово наростала протягом дня. Об'єктивно спостерігається: свідомість ясна, АТ - 190/100 мм рт. ст., ЧСС — 80/хв, ритмічний, систолічний шум на шії в проекції біфуркації правої загальної сонної артерії. Під час дослідження неврологічного статусу виявлено: згладженість носогубної складки з лівого боку, девіація язика вліво, зниження м'язової сили в лівих кінцівках до 3 балів, сухожилкові рефлексі S>D, позитивний симптом Бабінського ліворуч та лівобічна гемігіпестезія. Який найімовірніший діагноз?

А. Інфаркт мозку - неврологічний дефіцит (геміпарез, позитивний Бабінський), систолічний шум в проекції біфуркації загальної сонної артерії та артеріальна гіпертензія вказують на ішемічний інсульт.

В. Субарахноїдальний крововилив - не вказано наявності менінгеального синдрому, кров'янистого ліквору, громоподібного головного болю

С. Прогресуюча судинна лейкоенцефалопатія - прогресує поступово, а тут гострий випадок.

Д. Розсіяний склероз – характерне для молодшого віку, не пов'язаний із підвищенням тиску.

Е. Гостра гіпертензивна енцефалопатія - виникає без чітких фокальних симптомів.

2. Пацієнт віком 38 років після підняття ваги раптово відчув нестерпний головний біль, шум у вухах, з'явилося блювання. Спостерігався судомний пароксизм з мимовільним сечовипусканням. Скаржиться на біль у потилиці, спині, світлочутливість. Об'єктивно спостерігається: дезорієнтований, загальна гіперестезія, психомоторне збудження. Парезів кінцівок немає. Ригідність потиличних м'язів. Птоз та розбіжна косоглядість з правого боку, анізокорія. Пульс - 52/хв. АТ— 180/110 мм рт. ст. На очному дні: вени розширені, звиті. За результатами аналізу ліквору на 5-й день: ксантохромія, цитоз - $124 \cdot 10^6/\text{л}$. Який найімовірніший діагноз?

А. Субарахноїдальний крововилив - раптовий головний біль після фізичного навантаження, судоми, ксантохромія ліквору типові для субарахноїдального крововиливу.

В. Субдуральна гематома - пов'язана з травмою і поступовим наростанням симптомів.

С. Гострий менінгоенцефаліт - Лімфоцитарний або нейтрофільний плеоцитоз у лікворі, ксантохромія не характерна, наявність вогнищевої симптоматики.

D. Ішемічний інсульт – у даного пацієнта наявна ксантохромія спинномозкової рідини, що суперечить діагнозу ішемічний інсульт.

E. Гострий менінгіт – характерний нейтрофільний плеоцитоз.

3. Пацієнт віком 30 років скаржиться на виражений головний біль високої інтенсивності. Біль виник на тлі психоемоційного стресу. Під час неврологічного огляду спостерігається: ригідність м'язів потилиці, анізокорія. Реакція розширеної зіниці на світло відсутня. Який найімовірніший діагноз?

A. **Субарахноїдальний крововилив** - раптовий та інтенсивний головний біль, ригідність м'язів потилиці, анізокорія та відсутність реакції розширеної зіниці на світло типові для субарахноїдального крововиливу.

B. Невралгія трійчастого нерву – характеризується короткими нападами болю в зоні іннервації трійчастого нерва. Відсутні ригідність м'язів потилиці та анізокорія.

C. Енцефаліт - зазвичай супроводжується лихоманкою, змінами свідомості, судомами та фокальною неврологічною симптоматикою. Анізокорія нетипова.

D. Епілепсія - судоми — основний прояв. Головний біль, ригідність м'язів потилиці та анізокорія нетипові для цього стану.

E. Мієліт - уражає спинний мозок, викликаючи слабкість або порушення чутливості, а не головний біль чи анізокорію.

4. У пацієнта віком 56 років з гіпертонічною хворобою після сну спостерігалось короткочасне оніміння лівих кінцівок, потім порушилося мовлення (звернене мовлення розуміє, але говорити не може), яке відновилося протягом доби. АТ— 140/80 мм рт. ст. Який найімовірніший діагноз?

A. **Транзиторна ішемічна атака** - ТІА характеризується короткочасними симптомами, які повністю зникають протягом 24 годин.

B. Хвороба Альцгеймера - не викликає гострих епізодів оніміння кінцівок.

C. Неємболічний інфаркт мозку- симптоми інфаркту мозку тривають довше 24 год.

D. Емболічний інфаркт мозку - симптоми інфаркту мозку тривають довше 24 год.

E. Геморагічний інсульт - симптоми геморагічного інсульту тривають довше 24 год.

5. У пацієнта з артеріальною гіпертензією виникли скарги: головний біль, запаморочення, шум у вухах, змінена мова, яка стала нерозбірливою. Об'єктивно спостерігається: горизонтальний ністагм під час погляду в

сторони, асиметрія носогубних складок. Через 3 години симптоматика регресувала. Який найімовірніший діагноз?

A. Транзиторна ішемічна атака - ТІА характеризується короткочасними вогнищевими симптомами, які повністю зникають протягом 24 годин.

B. Субарахноїдальний крововилив – симптоми зазвичай не регресують через 3 години.

C. Атеротромботичний ішемічний інсульт – симптоми інсульту зберігаються довше 24 год.

D. Лакунарний ішемічний інсульт - симптоми інсульту зберігаються довше 24 год.

E. Кардіоемболічний ішемічний інсульт - симптоми інсульту зберігаються довше 24 год.

6. Жінка 65 років доставлена до лікарні зі скаргами на слабкість у лівих кінцівках, яка виникла вранці і поступово наростала протягом дня. Об'єктивно встановлено: свідомість ясна, АТ - 190/100 мм рт. ст., ЧСС - 80/хв., ритмічний, систолічний шум на шії в проекції біфуркації правої загальної сонної артерії. Під час дослідження неврологічного статусу встановлено: зглаженість носо-губної складки зліва, девіація язика вліво, зниження м'язової сили в лівих кінцівках до 3 балів, сухожилкові рефлексі S>D, позитивний симптом Бабінського зліва, лівобічна гемігіпестезія. Який найімовірніший діагноз у пацієнтки?

A. Ішемічний інсульт – поєднання симптомів неврологічного дефіциту (геміпарез, девіація язика, асиметрія сухожлкових рефлексів, позитивний симптом Бабінського, гемігіпестезія), факту поступового наростання симптомів та факторів ризику (артеріальна гіпертензія, систолічний шум в проекції біфуркації сонної артерії, що вказує на можливий атеросклероз або стеноз) – ключові ознаки, що вказують на ішемічний інсульт.

B. Геморагічний інсульт - характеризується раптовим початком із сильним головним болем, блюванням, швидким порушенням свідомості, чого немає в описі.

C. Дисциркуляторна енцефалопатія - це хронічний процес із поступовим зниженням когнітивних функцій, без гострого неврологічного дефіциту. Немає раптового розвитку симптомів або фокального неврологічного дефіциту.

D. Розсіяний склероз - для нього характерні багатовогнищеві ураження нервової системи, що рецидивують і ремітують.

E. Гостра гіпертензивна енцефалопатія - характеризується дифузними симптомами, такими як головний біль, порушення зору, зміни свідомості, але не фокальним неврологічним дефіцитом.

7. Чоловіка 57-ми років доставлено до неврологічного відділення зі скаргами на слабкість лівих руки і ноги, головний біль, опущення правої повіки, двоїння. Захворів поступово протягом доби після нервового перевантаження. Об'єктивно: оглушення, мова збережена, розбіжна косоокість лівого ока, птоз правої повіки, диплопія. Сила м'язів в лівих кінцівках знижена. Сухожилкові рефлекс зліва вищі. Який з перелічених діагнозів найбільш імовірний?

А. Інфаркт мозку – наявний фокальний неврологічний дефіцит (слабкість у лівих кінцівках (геміпарез), підвищення сухожилкових рефлексів зліва (ознака ураження центрального мотонейрона), птоз правої повіки, розбіжна косоокість лівого ока, диплопія — симптоми, що свідчать про ураження черепних нервів, зокрема окорухового нерва (ІІІ пара); симптоми з'явилися поступово протягом доби після нервового перенапруження, що характерно для ішемічного інсульту, викликаного тромбозом або емболією.

В. Субарахноїдально-паренхіматозний крововилив - характеризується раптовим виникненням сильного головного болю ("удар у потилицю"), нудотою, блюванням, часто супроводжується порушенням свідомості. У даному випадку симптоми розвивались поступово.

С. Менінгоенцефаліт - супроводжується лихоманкою, менінгеальними симптомами (ригідність потиличних м'язів, позитивні симптоми Керніга, Брудзинського), психічними розладами, чого немає в описі.

Д. Міастенія - може проявлятися птозом і диплопією, але не викликає фокального неврологічного дефіциту (геміпарезу) чи підвищення сухожилкових рефлексів. Характерний добовий ритм слабкості з посиленням симптомів до вечора.

Е. Ботулізм - характеризується симетричним ураженням черепних нервів, відсутністю рефлексів, прогресуючою м'язовою слабкістю та часто супроводжується дисфагією і порушенням дихання.

8. Жінка 65-ти років, вранці після сну відмітила затерплість в правих кінцівках, запаморочення, гикавку, зміну голосу, похлинання при вживанні рідини, затерплість та біль у лівій половині обличчя, хиткість ходи. Останні показники артеріального тиску - 160/100 мм рт.ст. У анамнезі гіпертонічна хвороба (систематично не лікується). При фізикальному обстеженні горизонтальний середньоамплітудний ністагм, більше виражений вліво, синдром Горнера ліворуч, гіпестезія лівої половини обличчя за цибулинним типом, правобічна гемігінестезія, атаксія в позі Ромберга. Мова змінена - нечітка артикуляція, проте зміст і розуміння мови не порушені. Пацієнтці важко висунути язик з рота. Парезів кінцівок немає. Який метод буде найбільш доречним у підтвердженні діагнозу цієї пацієнтки?

А. Комп'ютерна томографія (КТ) головного мозку - у пацієнтки є підозра на мозковий інсульт через неліковану гіпертонічну хворобу в анамнезі та

ознаки ураження стовбуру мозку (горизонтальний середньоамплітудний ністагм, синдром Горнера ліворуч, гіпестезія лівої половини обличчя за цибулинним типом, правобічна гемігінестезія, атаксія в позі Ромберга, нечітка артикуляція, проте зміст і розуміння мови не порушені, важко висунути язик з рота, парезів кінцівок немає). КТ головного мозку дозволяє швидко виключити геморагічний інсульт.

В. Реоенцефалографія - не дозволяє візуалізувати мозкову тканину або оцінити масштаби ураження.

С. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) головного мозку - МРТ займає більше часу і зазвичай використовується для уточнення діагнозу після первинного обстеження на КТ.

Д. Ангіографія - у гострій ситуації, як у цієї пацієнтки, ангіографія є другорядним методом, який проводять для планування інтервенційного лікування (тромбектомії або стентування).

Е. Електроенцефалографія - у випадку інсульту не є інформативним методом для візуалізації мозкових структур чи оцінки кровопостачання.

9. У пацієнта віком 48 років, який хворіє на артеріальну гіпертензію, раптово виникло запаморочення, біль у потиличній ділянці, нудота та світлобоязнь. Об'єктивно спостерігається: сопор, гіперемія обличчя, АТ - 190/100 мм рт. ст., пульс - 70/хв, температура тіла 36,8°C. Горизонтальний ністагм. Сухожилльні рефлекс - без чіткої різниці сторін, посилені. Ригідність потиличних м'язів - 4 поперечні пальці, двобічний симптом Керніга (+). Який попередній діагноз?

А. **Субарахноїдальний крововилив** - раптовий початок, менінгеальні симптоми (виражена ригідність потиличних м'язів (4 поперечні пальці) та позитивний симптом Керніга (+)), пацієнт страждає на артеріальну гіпертензію, що є фактором ризику САК.

В. Інсульт-гематома гіпертензивна - гематома зазвичай супроводжується фокальним неврологічним дефіцитом (геміпарез, афазія тощо), чого немає у даного пацієнта, менінгеальні симптоми (ригідність потилиці, симптом Керніга) для гематоми не характерні.

С. Субдуральна гематома - частіше розвивається після травми, симптоми зазвичай прогресують повільно (години або дні), менінгеальні симптоми також не є типовими.

Д. Гостра гіпертонічна енцефалопатія - супроводжується підвищеним артеріальним тиском, головним болем, блюванням і порушенням свідомості, однак менінгеальні симптоми та ригідність м'язів не характерні.

Е. Абсцес головного мозку - розвивається поступово, часто супроводжується лихоманкою, ознаками інтоксикації, фокальними неврологічними симптомами, менінгеальні симптоми можливі, але зазвичай на пізніх стадіях і супроводжуються інфекційними проявами.

10. Хворий 30-ти років, який страждав на головний біль, при піднятті важкого предмету відчув сильний головний біль, що нагадував удар по голові. З'явилися нудота, блювання, легке запаморочення. Об'єктивно через добу: виражений менінгеальний синдром, температура тіла - 37,6°C. Лікар припустив субарахноїдальний крововилив. Яке додаткове обстеження необхідно провести в першу чергу, щоб підтвердити діагноз?

A. Люмбальна пункція - є додатковим методом у діагностиці субарахноїдального крововиливу, якщо КТ не виявила крововиливу, а клініка наполегливо вказує на це.

B. Рентгенографія черепа - неінформативна для підтвердження субарахноїдального крововиливу.

C. Комп'ютерна томографія - хоча КТ є первинним методом обстеження, вона може не виявити дрібні крововиливи, особливо якщо пройшло більше 12 годин з моменту їх виникнення.

D. Реоенцефалографія - метод досліджує кровообіг у судинах, але він не виявляє крововиливів.

E. Церебральна ангіографія - це інвазивний метод, який використовується для визначення джерела крововиливу (наприклад, аневризми). Не є методом першої черги для підтвердження факту крововиливу.

11. Чоловіка 34-х років доставлено до неврологічного відділення зі скаргами на інтенсивний головний біль, двоїння в очах при погляді прямо, нестерпність світла та шуму. Захворів гостро, напад стався під час підняття вантажу. Об'єктивно: оглушення, помірна розбіжна косоокість, диплопія. Симптоми Керніга з обох боків. Парезів немає. Ліквор кров'янистий. Який препарат треба призначити в першу чергу?

A. Епсілон-амінокапронова кислота - пацієнт має клінічну картину субарахноїдального крововиливу (САК). Епсілон-амінокапронова кислота стабілізує згусток крові та зменшує ризик повторного крововиливу, що є ключовим етапом у лікуванні САК.

B. Ацетилсаліцилова кислота - Використовується як антиагрегант для профілактики тромбозу. Абсолютно протипоказана при крововиливах, оскільки може посилити кровотечу.

C. Гепарин - це антикоагулянт, який розріджує кров і перешкоджає утворенню тромбів. Протипоказаний при активних кровотечах, зокрема субарахноїдальних.

D. Нікотинава кислота - розширює судини та покращує мозковий кровообіг. Не має прямого впливу на зупинку кровотечі або стабілізацію стану при САК.

E. Глютамінова кислота - це амінокислота, яка іноді використовується для підтримки метаболізму мозку. Не має жодного значення у невідкладному лікуванні крововиливу.

12. Хворий 39-ти років при підйомі вантажу раптово відчув сильний головний біль, біль у міжлопатковій ділянці; виникло блювання. Об'єктивно: пульс ритмічний, 60/хв., АТ- 180/100 мм рт.ст. Хворий збуджений. Світлобоязнь, гіперакузія. Позитивні симптоми Керніга, Брудзинського з обох сторін. У крові: лейкоцити - $10 \times 10^9/\text{л}$. Ліквор кров'янистий, цитоз 240. Який з діагнозів найбільш імовірний?

А. Субарахноїдальний крововилив - раптовий головний біль ("удар по голові") є типовою ознакою субарахноїдального крововиливу; біль у міжлопатковій ділянці свідчить про іррадіацію болю, яка часто супроводжує субарахноїдальний крововилив; блювання без полегшення характерне для підвищення внутрішньочерепного тиску; менінгеальні симптоми (Керніга, Брудзинського) виникають через подразнення мозкових оболонок кров'ю; кров'янистий ліквор і цитоз 240/3 підтверджують наявність крові у субарахноїдальному просторі.

В. Симпато-адреналовий криз - характеризується тахікардією, різким підвищенням АТ, тривогою, але не супроводжується менінгеальними симптомами або кров'янистим ліквором.

С. Гостра гіпертонічна енцефалопатія - може супроводжуватися головним болем, блюванням та порушенням свідомості, але менінгеальні симптоми та кров'янистий ліквор для цього діагнозу не характерні.

Д. Менінгококовий менінгіт - супроводжується менінгеальними симптомами, але для нього характерні виражений нейтрофільний цитоз у лікворі, а не кров'янистий ліквор.

Е. Ішемічний інсульт - для ішемічного інсульту характерна раптова втрата функцій (парез, афазія), але не менінгеальні симптоми чи кров'янистий ліквор.

13. 60-річна жінка доставлена у відділення невідкладної допомоги зі скаргами на раптовий інтенсивний головний біль та нудоту. Останні ніvroку спостерігалася легка диплопія. Протягом багатьох років хворіє на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет II типу. Артеріальний тиск - 160/90 мм рт.ст., частота серцевих скорочень - 82/хв. Фізикальне обстеження виявило правосторонній птоз, легку анізокорію та ригідність потиличних м'язів. Атаксія не спостерігається. Який діагноз є найбільш імовірним?

А. Субарахноїдальний крововилив - раптовий інтенсивний головний біль — це класичний симптом субарахноїдального крововиливу, який пацієнти описують як "удар по голові"; нудота є типовим симптомом при підвищенні внутрішньочерепного тиску, що часто супроводжує субарахноїдальний крововилив; правосторонній птоз і легка анізокорія — ознаки ураження черепних нервів, зокрема III пари (окорухового нерва), що може бути наслідком компресії при аневризмі задньої сполучної артерії, яка є частою причиною субарахноїдального крововиливу; ригідність потиличних м'язів вказує на

менінгеальний синдром, який розвивається через подразнення оболонок кров'ю; наявність гіпертензії та цукрового діабету у анамнезі підвищує ризик судинних подій, зокрема розриву аневризми.

В. Лакунарний інсульт - лакунарний інсульт зазвичай розвивається поступово, а не раптово. Він характерний для ураження малих артерій і супроводжується ізольованими неврологічними дефіцитами (наприклад, моторними чи сенсорними порушеннями), але не менінгеальними симптомами чи ураженням черепних нервів.

С. Гліома стовбура головного мозку - гліома розвивається поступово, а не раптово. Вона може спричинити ураження черепних нервів, але менінгеальні симптоми та раптовий інтенсивний головний біль для цього діагнозу нехарактерні.

Д. Метаболічна енцефалопатія - викликає загальну дезорієнтацію, порушення свідомості або когнітивні порушення, але не супроводжується менінгеальними симптомами, раптовим головним болем чи ураженням черепних нервів.

Е. Невралгія трійчастого нерва - викликає епізодичний гострий біль в ділянці обличчя, але не супроводжується менінгеальними симптомами, диплопією чи іншими описаними проявами.

14. У хворого 50-ти років раптово виникли біль у потиличній ділянці, блювання. Об'єктивно: сопор, гіперемія шкіри обличчя, АТ- 210/120 мм рт.ст., Рс60/хв, напружений, температура тіла - 37,8°C. Горизонтальний ністагм. Виражені рефлекси орального автоматизму. Сухожилкові рефлекси рівномірні. Ригідність потиличних м'язів, двобічний симптом Керніга. Який попередній діагноз?

А. **Субарахноїдальний крововилив** - раптовий біль у потиличній ділянці та блювання є класичними симптомами для субарахноїдального крововиливу, спричиненого розривом аневризми. Ригідність потиличних м'язів і двобічний симптом Керніга свідчать про подразнення мозкових оболонок, характерне для субарахноїдального крововиливу. Пацієнт у стані сопору (порушення свідомості), що може бути ознакою тяжкого субарахноїдального крововиливу. Виражені рефлекси орального автоматизму та горизонтальний ністагм можуть супроводжувати подразнення оболонок та підвищений внутрішньочерепний тиск. Підвищений артеріальний тиск є частим супутнім фактором при розриві аневризми та субарахноїдальному крововиливі, легка субфебрильна температура може виникати через подразнення оболонок кров'ю.

В. Геморагічний паренхіматозний інсульт - при геморагічному інсульті частіше спостерігається асиметричний неврологічний дефіцит (геміпарез, геміанестезія), що не описано у пацієнта. Менінгеальні симптоми для нього не характерні.

С. Субдуральна гематома - розвивається переважно через травму, для якої немає вказівок в анамнезі, також характерним є більш поступове наростання симптомів, а не раптовий початок.

Д. Гостра гіпертонічна енцефалопатія - може супроводжуватися головним болем і блюванням, але не характерні менінгеальні симптоми. Зазвичай проявляється порушенням свідомості, судомами та розсіяними неврологічними симптомами.

Е. Менінгококовий менінгіт - характеризується запаленням мозкових оболонок, високою лихоманкою, гнійним ліквором та шкірними висипаннями, чого немає у цього пацієнта.

15. Хворий 42-х років раптово, на фоні повного здоров'я, відчув біль по типу "удару по голові", після чого розвилось блювання, втратив свідомість, генералізовані судоми. Об'єктивно: кома І, ригідність потиличних м'язів, ліва зіниця більше у розмірі ніж права, праві кінцівки ротовані, м'язовий тонус значно зменшений. Який найбільш імовірний діагноз?

А. **Розрив аневризми головного мозку** - раптовий і сильний біль типу "удару по голові" - класична ознака розриву аневризми головного мозку, яка найчастіше призводить до субарахноїдального крововиливу. Блювання і втрата свідомості це типові симптоми субарахноїдального крововиливу, які характеризують підвищення внутрішньочерепного тиску та набряк мозку. Судоми можуть виникати при подразненні мозкових оболонок кров'ю або внаслідок ішемії ділянок мозку, спричиненої спазмом судин. Кома І ступеня це стан глибокого пригнічення свідомості, який може бути спричинений масивним субарахноїдальним крововиливом. Ригідність потиличних м'язів - ознака менінгеального синдрому, що виникає через подразнення оболонок мозку кров'ю. Анізокорія (ліва зіниця більша за праву) вказує на компресію окорухового нерва (ІІІ пара черепних нервів), що є типовим при розриві аневризми, зокрема аневризми задньої сполучної артерії. Ротація та зниження м'язового тону в правих кінцівках — це ознаки фокального неврологічного дефіциту, що вказують на подразнення або ураження мозку, ймовірно через гематому або вторинну ішемію.

В. Менінгіт - розвивається поступово, супроводжується гарячкою, а не раптовим болем і втратою свідомості. Для нього характерний гнійний ліквор, але судоми і фокальний дефіцит рідко є провідними симптомами.

С. Епілепсія - епілептичний напад не пояснює анізокорію, ригідність потиличних м'язів і раптовий головний біль.

Д. Ішемічний інсульт - розвивається поступово або раптово, але зазвичай не супроводжується сильним головним болем, генералізованими судомами чи менінгеальними симптомами.

Е. Внутрішньочерепна гематома - часто виникає після травми, якої немає в анамнезі пацієнта. Також для гематоми менш характерні менінгеальні симптоми та раптовий "удар по голові".

16. Чоловік 74-х років скаржиться на періодичне запаморочення, порушення мови, втрату пам'яті на поточні події, повільну ходу. Хворіє близько 5 років. Об'єктивно: мова дизартрична, міміка бідна, сутулувата постава. Сухожилкові рефлекси $S > D$, симптом Бабінського двобічно, симптоми орального автоматизму, м'язовий тонус підвищений за пластичним типом. В позі Ромберга нестійкий, ністагм горизонтальний. Який діагноз найбільш імовірний?

А. Дисциркуляторна енцефалопатія - пацієнт хворіє вже близько 5 років, що характерно для дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ), яка розвивається повільно внаслідок хронічної недостатності кровопостачання мозку. Запаморочення, втрата пам'яті на поточні події та дизартрична мова вказують на когнітивно-емоційний дефіцит, типовий для ДЕ. Повільна хода, підвищений м'язовий тонус за пластичним типом, бідна міміка і симптоми орального автоматизму характерні для поєднання когнітивних і моторних порушень у пацієнтів із ДЕ. Симптом Бабінського двобічно та сухожилкові рефлекси ($S > D$) вказують на ураження центральної нервової системи. Нестійкість у позі Ромберга і горизонтальний ністагм свідчать про ураження мозочка та вестибулярної системи, що також може бути результатом дисциркуляторних змін.

В. Хвороба Паркінсона - може мати схожі моторні симптоми (підвищення тонусу за пластичним типом, бідна міміка, повільна хода), але когнітивні порушення, асиметрія сухожилкових рефлексів та патологічні знаки нехарактерні.

С. Менінгоенцефаліт - для менінгоенцефаліту характерні гострий початок, гарячка, виражений запальний процес із симптомами інтоксикації, чого в цього пацієнта немає.

Д. Енцефаломієліт - є гострим або підгострим захворюванням, що супроводжується системними або локальними неврологічними порушеннями, але тривалий перебіг упродовж 5 років для нього нехарактерний.

Е. набряк мозку - набряк мозку є гострим станом, часто зумовленим травмою, інфекцією або іншими причинами, але він не може пояснити хронічний перебіг захворювання.

17. Жінка 78-ми років, яка страждає на артеріальну гіпертензію, мала три епізоди раптової транзиторної втрати зору на ліве око. При аускультатії сонних артерій в точках біфуркації з обох боків вислуховується шум. Яке додаткове дослідження найбільш доцільно призначити?

А. Дуплексне сканування судин ший - у пацієнтки з артеріальною гіпертензією спостерігаються транзиторні втрати зору на одне око, що є типовою

ознакою транзиторної ішемічної атаки (ТІА) в басейні внутрішньої сонної артерії. Шум над сонними артеріями свідчить про наявність атеросклеротичних бляшок, що підвищує ризик ішемії. Дуплексне сканування судин шиї це неінвазивний метод, який дозволяє оцінити стан стінок сонних артерій, наявність атеросклеротичних бляшок та ступінь стенозу.

В. КТ головного мозку - КТ застосовується для виявлення гострих порушень мозкового кровообігу (наприклад, інсульту або крововиливу), але не дозволяє оцінити стан судин шиї.

С. МРТ головного мозку - МРТ є більш чутливим для виявлення ішемічних змін, але в даному випадку мета дослідження — оцінити стан екстракраніальних судин, що спричиняють ТІА.

Д. Люмбальна пункція - проводиться при підозрі на інфекції ЦНС (менінгіт, енцефаліт) або субарахноїдальний крововилив, що не має відношення до клінічної ситуації.

Е. Нейросонографія - це метод дослідження головного мозку немовляти через велике тім'ячко, що дозволяє виявити патології розвитку, кісти, крововиливи, аномалії, оцінити лікворні шляхи та кровопостачання у дітей до 1-2 років, коли тім'ячко ще не закрилося.

18. Чоловік віком 52 роки скаржився на утруднення під час ходьби, раптову слабкість та оніміння в лівих кінцівках. Об'єктивно відзначалися лівобічні гемігіпестезія і легкий геміпарез. Через 4 години стан чоловіка нормалізувався, вогнищева симптоматика регресувала, пацієнт зміг нормально ходити. АТ - 120/80 мм рт. ст. Який імовірний діагноз?

А. **Транзиторна ішемічна атака** - пацієнт скаржився на раптову слабкість та оніміння в лівих кінцівках, що є типовою ознакою фокального неврологічного дефіциту. Лівобічна гемігіпестезія і легкий геміпарез вказують на ураження в правій півкулі головного мозку. Повне регресування симптоматики протягом 4 годин — характерна ознака ТІА, оскільки симптоми при цьому стані зникають протягом 24 годин без залишкових порушень. Відсутність залишкових симптомів та нормальний артеріальний тиск (120/80 мм рт. ст.) додатково підтверджують ТІА, а не інсульт чи гіпертензивний криз.

В. Геморагічний інсульт - характеризується постійним і важким неврологічним дефіцитом, часто супроводжується головним болем, блюванням, підвищеним артеріальним тиском. Регресування симптомів за кілька годин для нього не характерне.

С. Гіпертензивний криз - супроводжується дуже високим артеріальним тиском (значно вищим за 120/80 мм рт. ст.), головним болем, порушеннями зору, але не викликає фокальних неврологічних симптомів.

Д. Ішемічний інсульт - для інсульту характерний стійкий неврологічний дефіцит, який не регресує за кілька годин.

Е. Асоційована мігрень - мігренозні стани можуть супроводжуватися неврологічними симптомами, але зазвичай включають сильний головний біль, а фокальний дефіцит розвивається поступово, а не раптово.

19. Хворий 75-ти років перебуває на консервативному лікуванні у відділенні судинної неврології з приводу ТІА. Згідно з останніми даними кольорового дуплексного сканування у пацієнта наявний стеноз лівої внутрішньої сонної артерії гомогенною атеросклеротичною бляшкою більше 70%. Судинний хірург рекомендував пацієнту проведення оперативного втручання. Про яке оперативне втручання йде мова?

А. Ендартеректомія з лівої внутрішньої сонної артерії - при стенозі внутрішньої сонної артерії більше 70% (особливо після епізодів транзиторної ішемічної атаки), є високий ризик повторного інсульту. У таких випадках рекомендовано оперативне втручання. Ендартеректомія є золотим стандартом лікування при гемодинамічно значущому стенозі сонних артерій. Ця операція передбачає видалення атеросклеротичної бляшки з артерії, що відновлює нормальний кровотік.

В. Тромбектомія з лівої внутрішньої сонної артерії - проводиться при наявності гострого тромбозу, але в даному випадку причина стенозу — атеросклеротична бляшка, а не тромб.

С. Магістралізація лівої зовнішньої сонної артерії - ця процедура рідко використовується і не вирішує проблему стенозу внутрішньої сонної артерії, яка є основним джерелом кровопостачання головного мозку.

Д. Перев'язка лівої внутрішньої сонної артерії - перев'язка артерії практично не застосовується, оскільки це призводить до значного зниження мозкового кровотоку і ризику ішемії.

Е. Підключично-зовнішньосонне шунтування зліва — не використовується стенозі внутрішньої сонної артерії.

ПЕРИФЕРИЧНА НЕРВОВА СИСТЕМА

1. Пацієнт із вивихом плеча скаржиться на відчуття оніміння в пальцях кисті. Об'єктивно спостерігається: обмежене активне відведення I пальця. Який нерв пошкоджено в пацієнта?

A. **Променевий** - відведення великого пальця забезпечується функцією довгого м'яза, що відводить великий палець, який іннервується променевим нервом.

B. Плечовий – не існує.

C. Ліктьовий – відповідає за чутливість мізинця і безіменного пальця, а також за функцію м'язів, які згинають пальці. Не впливає на відведення великого пальця.

D. Серединний – відповідає за згинання великого пальця, але не за його відведення. Ураження цього нерва може викликати парестезії в зоні іннервації (долоня, I–III пальці).

E. Шкірний - відповідає тільки за чутливість (шкіра плеча), не впливає на рухи пальців.

2. До травмпункту звернувся пацієнт з травмою склом нижньої третини волярної поверхні передпліччя. Об'єктивно: порушено згинання IV та V пальців, знижена чутливість внутрішньої тильної та долонної поверхні кисті та IV пальця. Який нерв травмовано?

A. **Ліктьовий** - порушення згинання IV та V пальців вказує на ураження м'язів, які іннервуються ліктьовим нервом, а саме глибокого згинача пальців (частково для IV і повністю для V пальця). Знижена чутливість внутрішньої тильної та долонної поверхні кисті та IV пальця також характерна для зони іннервації ліктьового нерва.

B. Променевий - відповідає за розгинання кисті та пальців, а також за чутливість задньої поверхні передпліччя і тильної частини кисті (окрім IV та V пальців).

C. Серединний - іннервує передпліччя і кисть, але відповідає за згинання I–III пальців та чутливість на долонній стороні I–III і частково IV пальця.

D. М'язово-кістковий - цей нерв іннервує м'язи передньої групи плеча та шкіру зовнішньої сторони передпліччя, але не впливає на кисть і пальці.

E. Пахвовий - іннервує дельтоподібний м'яз і шкіру в області плечового суглоба, але не впливає на передпліччя чи кисть.

3. Хворому було виконано резекцію шлунка. Під час операції ліва верхня кінцівка хворого була відведена і зафіксована до операційного столу для виконання анестезіологічного забезпечення. В післяопераційному періоді у хворого з'явилися порушення функції верхньої кінцівки у вигляді

звисаючої кисті. Пошкодження якого нерва привело до виникнення цього симптому?

А. Променевий нерв - "звисаюча кисть" — класичний симптом ураження променевого нерва, який відповідає за розгинання передпліччя, кисті та пальців. Ураження цього нерва призводить до паралічу м'язів-розгиначів кисті та пальців, що проявляється нездатністю активно підняти кисть у положення розгинання. Під час операції ліву верхню кінцівку пацієнта зафіксували у відведеному положенні, що могло спричинити компресію променевого нерва в місці його проходження через спіральний жолоб плечової кістки.

В. Пахвовий нерв - іннервує дельтоподібний м'яз і малий круглий м'яз, що відповідають за відведення плеча. Ураження пахвового нерва не викликає "звисаючої кисті".

С. Ліктьовий нерв - ураження ліктьового нерва призводить до порушення згинання IV і V пальців та зниження чутливості на внутрішній частині кисті.

Д. Серединний нерв - ураження серединного нерва викликає слабкість у згинанні I–III пальців, проблеми з опонуванням великого пальця та зниження чутливості на долонній стороні кисті.

Е. М'язово-шкірний нерв - ураження цього нерва викликає слабкість у згинанні передпліччя, але не впливає на функцію кисті.

4. Хворому було виконано резекцію шлунка. Під час операції ліва верхня кінцівка хворого була відведена і зафіксована до операційного столу для виконання анестезіологічного забезпечення. В післяопераційному періоді у хворого з'явилися порушення функції верхньої кінцівки у вигляді "звисаючої кисті". Пошкодження якого нерва привело до виникнення цього симптому?

А. Променевий нерв - "звисаюча кисть" є характерним симптомом ураження променевого нерва, оскільки саме цей нерв іннервує м'язи-розгиначі зап'ястка і пальців. При його пошкодженні кисть стає нездатною до розгинання, що створює враження "звисання"

В. Пахвовий нерв - пошкодження пахвового нерва спричиняє порушення іннервації дельтоподібного м'яза, що проявляється слабкістю в абдукції (відведенні) плеча, але не викликає "звисаючої кисті".

С. Ліктьовий нерв - ураження ліктьового нерва призводить до порушення рухів у 4-му і 5-му пальцях, але не викликає симптомів, таких як "звисаюча кисть".

Д. Серединний нерв - відповідає за іннервацію м'язів передпліччя і кисті, що забезпечують згинання кисті та пальців, а також за опозицію великого пальця. Ураження цього нерва не спричиняє "звисаючої кисті".

Е. М'язово-шкірний нерв - іннервує м'язи передньої групи плеча (наприклад, двоголовий м'яз плеча) і забезпечує згинання в ліктьовому суглобі. Його пошкодження не впливає на кисть і не викликає її звисання.

5. Пацієнт 38-ми років висловлює скарги на сильний пекучий біль у ділянці кисті та передпліччя. В анамнезі: різана рана волярної поверхні нижньої третини передпліччя. Пошкодження якого нерва найчастіше викликає подібні болі?

А. Серединний - сильний пекучий біль у ділянці кисті та передпліччя є типовою ознакою пошкодження серединного нерва, особливо при травмі волярної (долонної) поверхні передпліччя. Серединний нерв проходить у цій області і відповідає за сенсорну іннервацію долонної поверхні великого, вказівного, середнього пальців та частково безіменного пальця, а також за моторну іннервацію м'язів, що забезпечують тонкі рухи кисті. Різана рана волярної поверхні може легко пошкодити серединний нерв, оскільки він розташований поверхнево.

В. Променевий - іннервує м'язи-розгиначі зап'ястка та пальців, а також забезпечує чутливість на тильній поверхні кисті. Пошкодження цього нерва не спричиняє сильного пекучого болю на долонній поверхні.

С. Ліктьовий - іннервує 4-й і 5-й пальці та відповідні м'язи кисті. Пошкодження цього нерва супроводжується "кігтистою кистю" і болем у цих зонах, але не викликає пекучого болю в ділянці великого, вказівного та середнього пальців, характерного для серединного нерва.

Д. Міжкістковий - передній міжкістковий нерв є гілкою серединного нерва і іннервує тільки м'язи передпліччя, відповідальні за рухи пальців, без сенсорної іннервації кисті. Тому його пошкодження не викликає пекучого болю на кисті.

Е. Пахвовий - іннервує дельтоподібний м'яз і шкіру над плечовим суглобом, але не має відношення до іннервації кисті чи передпліччя.

6. У хворого, що страждає на цукровий діабет, раптово опустилася верхня повіка правого ока. Лікар виявив розширення правої зіниці і розбіжну косоокість справа. Інших змін в неврологічному статусі не відмічено. Яке захворювання виникло у хворого?

А. Невропатія правого окорухового нерва - опущення верхньої повіки (птоз) - це характерна ознака ураження окорухового нерва (ІІІ пара черепних нервів), який відповідає за підняття верхньої повіки через іннервацію м'яза, що її піднімає (levator palpebrae superioris). Розширення правої зіниці (мідріаз) виникає через порушення парасимпатичних волокон окорухового нерва, які відповідають за звуження зіниці (сфінктер зіниці). Розбіжна косоокість виникає через збережену активність зовнішнього прямого м'яза (латерального прямого м'яза), який іннервується VI парою черепних нервів (відвідним нервом), і переважання його дії. Ураження обмежується лише окоруховим нервом, що характерно для діабетичної невропатії.

В. Діабетична поліневропатія - полінейропатія вражає багато нервів периферичної нервової системи і зазвичай проявляється симетричними сенсорними або моторними порушеннями, наприклад, у кінцівках. Локальне ураження окорухового нерва не є типовим для полінейропатії.

С. Гостре порушення мозкового кровообігу - ГПМК супроводжується іншими неврологічними порушеннями, такими як слабкість кінцівок, афазія або втрата чутливості. Ураження лише окорухового нерва без інших змін малоймовірно.

Д. Пухлина головного мозку - може спричинити ураження окорухового нерва, але зазвичай вона супроводжується прогресуючим головним болем, іншими неврологічними дефіцитами або симптомами підвищеного внутрішньочерепного тиску, яких у пацієнта немає.

Е. Вторинний менінгіт - супроводжується системними симптомами, такими як гарячка, головний біль, ригідність потиличних м'язів, і може вражати декілька черепних нервів, чого не спостерігається у цього пацієнта.

7. У хворого, що отримав травму з переломом ключиці, з'явився в'ялий атрофічний параліч правої руки з порушенням всіх видів чутливості в ній. Яке захворювання можна припустити?

А. Плексит плечового сплетення - в'ялий атрофічний параліч свідчить про ураження периферичних нервів, оскільки порушується моторна функція м'язів кінцівки. Порушення всіх видів чутливості характерно для ураження всього плечового сплетення, яке відповідає за іннервацію руки. Ключиця анатомічно близько розташована до плечового сплетення, яке може бути ушкоджене або здавлене уламками кістки. Плечове сплетення іннервує всю верхню кінцівку, тому його ураження викликає як моторні, так і сенсорні порушення.

В. Шийно-грудний радикуліт - радикуліт викликає ураження спинномозкових корінців і зазвичай проявляється болем у відповідній зоні іннервації. Атрофічний параліч і глобальні сенсорні порушення для радикуліту не характерні.

С. Синдром кубітального каналу - цей синдром є локальним компресійно-ішемічним ураженням ліктьового нерва в ділянці ліктьового суглоба. Він не може спричинити ураження всієї верхньої кінцівки.

Д. Цервікоторакалгія - цей стан зазвичай пов'язаний з болями у шийно-грудному відділі хребта через остеохондроз або м'язово-фасціальний синдром, але не викликає атрофічного паралічу кінцівки.

Е. Поліневрит - поліневрит передбачає дифузне ураження багатьох нервів, зазвичай симетрично, і рідко локалізується лише в одній кінцівці.

8. Після ускладнених пологів у немовляти виник параліч правої руки, м'язовий тонус знижений, рефлекс не викликаються. Яке ускладнення виникло у немовляти?

А. Плексит правого плечового сплетіння - ускладнені пологи (наприклад, при великому плоді, неправильному положенні дитини або застосуванні інструментальних методів) можуть призвести до розтягнення або травми плечового сплетення, що викликає так званий акушерський параліч (параліч Ерба-Дюшена). Параліч правої руки, знижений м'язовий тонус, відсутність рефлексів свідчать про периферичне ураження нервової системи, а не про центральне ураження.

В. Шийна радикулопатія - радикулопатія у новонароджених малоймовірна, оскільки вона зазвичай виникає внаслідок дегенеративних змін у хребті, які не характерні для цієї вікової групи.

С. Вроджена вада розвитку - можуть викликати рухові або сенсорні порушення, але вони не мають чіткого зв'язку з ускладненими пологами і не пояснюють специфічного паралічу руки.

Д. Дитячий церебральний параліч - є центральним ураженням нервової системи, яке зазвичай проявляється підвищеним м'язовим тонусом (спастичність), а не в'ялими паралічами.

Е. Сирингомієлія – хронічне захворювання, пов'язане з формуванням порожнин у спинному мозку. Воно не має відношення до пологової травми та не виникає в неонатальному періоді.

9. Хворий 50-ти років в результаті різкого згинання шийного відділу хребта під час дорожньо-транспортної пригоди відчув біль в шиї з іррадіацією до латеральної поверхні правого плеча. Під час обстеження встановлена зона гіпестезії на променевій поверхні правого передпліччя, в ділянці вказівного та середнього пальців, випадіння розгинального ліктьового рефлексу. Вкажіть найбільш імовірний діагноз:

А. Травматичний радикуліт - у результаті різкого згинання шийного відділу під час ДТП могли виникнути компресія або подразнення спинномозкових корінців. Біль у шиї з іррадіацією до латеральної поверхні плеча – це типова картина корінцевого синдрому, який виникає через компресію або подразнення корінців спинномозкових нервів у шийному відділі. Зона гіпестезії на променевій поверхні правого передпліччя, вказівному та середньому пальцях свідчить про ураження корінців С6-С7, які відповідають за сенсорну іннервацію цих зон. Випадіння розгинального ліктьового рефлексу - це ознака ураження корінця С7, який іннервує трицепс плеча.

В. Забиття спинного мозку - супроводжується більш значними симптомами, такими як тетрапарез або тетраплегія, порушення функцій тазових органів, що в даному випадку не спостерігається.

С. Гематомієлія - викликає симптоми сегментарного ураження спинного мозку: мляві парези, випадіння рефлексів у сегменті ураження, а нижче — спастичні порушення. У даного пацієнта таких симптомів немає.

D. Стиснення спинного мозку епідуральною гематомою - супроводжується тяжким неврологічним дефіцитом, таким як слабкість у кінцівках, порушення функцій тазових органів, що не спостерігається у цього пацієнта.

E. Стиснення спинного мозку відламками хребця - призводить до грубих неврологічних порушень, що не характерно для представленої клінічної картини.

10. У хворого після підняття вантажу виник нестерпний біль у попереку. Дільничний терапевт діагностував гострий попереково-крижовий радикуліт. Що з нижче перерахованого протипоказано хворому?

A. **Зігріваючі процедури** – попереково-крижовий радикуліт пов'язаний із подразненням корінців спинномозкових нервів у попереково-крижовій зоні, що часто виникає через компресію дисків, травму або фізичне перенавантаження. Гостра стадія характеризується сильним болем, набряком і запаленням. У гострій фазі запалення використання зігріваючих процедур може погіршити набряк і посилити біль, оскільки підвищення температури сприяє розширенню судин і посиленню запального процесу. Теплові процедури допустимі лише в підгострій або хронічній фазі, коли активне запалення вже зменшилось.

B. Дегідратуючі засоби - використовуються для зменшення набряку нервових корінців, що може полегшити біль.

C. Анальгетики - є основними засобами для зменшення болю.

D. Вітаміни групи B - сприяють відновленню нервової тканини та зменшенню неврологічних симптомів.

E. Внутрішньовенно еуфілін - використовується для покращення мікроциркуляції в зоні ураження, що може сприяти зменшенню симптомів.

11. Хворий 48-ми років звернувся до лікаря зі скаргами на біль у попереку. Хворіє 3 дня після переохолодження. Після огляду лікар поставив діагноз: гострий попереково-крижовий радикуліт. Які ліки слід призначити хворому?

A. **Нестероїдні протизапальні засоби** - є основним вибором у лікуванні радикуліту, оскільки вони зменшують біль, запалення і набряк.

B. Кортикостероїди - використовуються при значному запаленні або неврологічному дефіциті, але їх зазвичай не призначають як терапію першої лінії через побічні ефекти.

C. Вітаміни - вітаміни групи B можуть бути корисні для регенерації нервової тканини, але вони є допоміжними засобами і не впливають на гостре запалення.

D. Антибактеріальні - показані лише за наявності ознак інфекції (яких у даному випадку немає). Радикуліт не є інфекційним захворюванням.

E. Десенсибілізуючі - використовуються при алергічних реакціях, але в цьому випадку їх призначення не доцільне.

12. Чоловік страждає на попереково-крижовий радикуліт близько 10 років. Останнє загострення сталося близько 5 місяців тому. Болі по зовнішній поверхні стегна, гомілки, через тил стопи до великого пальця. Під час огляду встановлено: парез гомілкового м'яза, слабкість тильного згинання великого пальця. Рефлекси збережені. Який імовірний діагноз?

А. Грижа диска L4-L5 - біль по зовнішній поверхні стегна, гомілки, через тил стопи до великого пальця це типова картина компресії корінця L5, який відповідає за сенсорну іннервацію цих ділянок. Парез переднього великогомілкового м'яза, слабкість тильного згинання великого пальця також відповідає ураженню корінця L5, який іннервує ці м'язи. При ураженні корінця L5 сухожилкові рефлекси (особливо колінний та ахілловий) зазвичай не страждають, що узгоджується з клінічною картиною. Найбільш імовірною причиною компресії корінця L5 є грижа міжхребцевого диска L4-L5, оскільки саме в цьому сегменті найчастіше відбувається компресія відповідного корінця.

В. Дисциркуляторна мієлопатія - характеризується поступовим розвитком симптомів і двосторонніми проявами, такими як спастичність, слабкість у ногах та порушення чутливості. У даного пацієнта прояви односторонні, без ознак мієлопатії.

С. Грижа диска L5-S1 - компресія корінця S1 викликала б біль по задній поверхні стегна, гомілки та латеральному краю стопи, а також слабкість у литковому м'язі та зниження ахіллового рефлексу. У даного пацієнта таких симптомів немає.

Д. Пухлина спинного мозку - пухлини викликають прогресуючі симптоми, часто з порушенням чутливості та функції обох кінцівок або тазових органів. У даного пацієнта симптоми обмежені односторонньою зоною, що не характерно для пухлини.

Е. Мієліт - це запалення спинного мозку, яке супроводжується двосторонніми симптомами, порушенням функції тазових органів і спастичним синдромом. У даного пацієнта ознак мієліту немає.

13. Жінка 62-х років після підняття вантажу відчула гострий біль у поперековій зоні, сідниці, задньобоківій поверхні правого стегна, зовнішній поверхні правої гомілки та тильній поверхні стопи. Об'єктивно: слабкість переднього великогомілкового м'яза, довгого розгинача великого пальця, короткого розгинача пальців правої стопи. Знижений ахіллів рефлекс справа. Позитивний симптом Ласега. Який найбільш інформативний метод дослідження для уточнення діагнозу дискогенної компресії L5 корінця?

А. Магнітно-резонансне сканування - є "золотим стандартом" для візуалізації м'якотканинних структур, включаючи міжхребцеві диски, спинномозкові нерви, ознаки компресії (грижі, протрузії, стеноз). МРТ дозволяє

точно визначити локалізацію грижі диска, ступінь компресії корінця та можливі ускладнення.

В. Рентгенографія хребта - дозволяє оцінити кісткові структури, але не показує м'якотканинних утворень, таких як міжхребцеві диски чи корінці нервів. Він може бути корисним для виключення кісткових патологій, але не є інформативним при дискогенній компресії.

С. Електроміографія - може підтвердити наявність ураження периферичного нерва, але не визначає причину компресії (наприклад, грижу диска). Використовується як додатковий метод у хронічних випадках.

Д. Ангіографія - оцінює стан судин, але не є релевантною для діагностики компресії корінця.

Е. Люмбальна пункція - використовується для діагностики інфекційних, запальних чи онкологічних процесів у спинномозковій рідині. Вона не має діагностичного значення для виявлення грижі диска.

14. Гірничий робітник очисного вибою 37-ми років після довготривалого вимушеного зігнутого положення тулуба у шахті відчув інтенсивний, стріляючого характеру біль у поперековому відділі хребта, який поширювався вниз у ліву ногу до підколінної ямки. Рухи хребта у поперековій ділянці різко обмежені. Позитивний симптом Ласега зліва. Пальпаторна болючість паравертебральних точок L5-S1. Сухожилкові рефлекси на нижніх кінцівках - знижений лівий ахіловий рефлекс. Гіпотонія м'язів лівого стегна і гомілки. Встановіть попередній клінічний діагноз:

А. Попереково-крижова радикулопатія - біль, що іррадіює в ногу (до підколінної ямки), типово свідчить про ураження спинномозкових корінців, зокрема при радикулопатії. Симптом Ласега позитивний зліва є специфічним симптомом подразнення або компресії корінців спинномозкового нерва на попереково-крижовому рівні. Обмеження рухів у поперековій ділянці характерне для радикулопатії, оскільки біль і компресія нервів заважають нормальній рухливості. Пальпаторна болючість у зоні L5-S1 також вказує на залучення нервових структур в цій області. Знижений ахіловий рефлекс і гіпотонія м'язів стегна й гомілки свідчать про ураження нервів, які забезпечують іннервацію нижньої кінцівки, що характерно для попереково-крижової радикулопатії.

В. Ниркова коліка - характеризується різким болем у попереку, але біль не поширюється вниз по нозі і не супроводжується неврологічними симптомами (позитивний симптом Ласега, знижені рефлекси, гіпотонія м'язів). Біль при нирковій коліці іррадіює в пахову область або до сечового міхура.

С. Спінальний інсульт - викликає гострі порушення рухових і чутливих функцій нижче рівня ураження, але в цьому випадку немає ознак раптового судинного порушення (таких як параліч або повна втрата чутливості). В анамнезі немає факторів, що сприяють судинним ураженням спинного мозку, таких як гіпертензія чи атеросклероз.

Д. Перелом поперекового хребця - переломи зазвичай виникають після травми або сильного навантаження. У цьому випадку немає згадки про травму. Біль при переломі має більш локальний характер, і неврологічні симптоми, такі як гіпотонія м'язів або зниження рефлексів, можуть бути, але зазвичай вимагають значнішої компресії спинного мозку.

Е. Транзиторна ішемічна атака - характеризується короточасними неврологічними симптомами, такими як слабкість, порушення зору чи мови, але вони зазвичай проходять протягом 24 годин. Ураження корінців (радикулопатія) не пов'язане з механізмами ТІА.

15. У хворої після підняття важкої сумки раптово з'явився гострий біль у попереку. Рухи в хребті обмежені. Не викликається ахіловий рефлекс зліва, з'явилась анестезія больової чутливості на зовнішній поверхні лівої гомілки. Яке захворювання запідозрите?

А. Попереково-крижовий радикуліт - гострий біль у попереку після фізичного навантаження (підняття важкого предмета) характерний для радикулітів, які виникають через компресію чи подразнення спинномозкових корінців. Відсутність ахілового рефлексу зліва свідчить про ураження корінця S1, який відповідає за рефлекторну дугу ахілового рефлексу. Анестезія (втрата больової чутливості) на зовнішній поверхні лівої гомілки характерна для ураження нервових волокон, які іннервують цю зону. Обмеження рухів у поперековому відділі також є типовим для радикулітів, оскільки гострий біль значно заважає рухливості.

В. Люмбаго - це загальний термін, який позначає гострий біль у попереку. Він зазвичай не супроводжується неврологічними порушеннями, такими як втрата рефлексів чи анестезія. У цьому випадку є чіткі ознаки ураження корінців (відсутність ахілового рефлексу, анестезія), що не типово для люмбаго.

С. Люмбалгія — це хронічний біль у попереку, часто без неврологічних проявів. Тут маємо гострий стан із неврологічними симптомами (анестезія, порушення рефлексів), що не характерно для люмбалгії.

Д. Неврит стегнового нерва - спричиняє біль і чутливі порушення в передньомедіальній ділянці стегна та гомілки, а не в зовнішній поверхні гомілки. Ахіловий рефлекс при невриті стегнового нерва не страждає, оскільки цей нерв не бере участі у відповідній рефлекторній дузі.

Е. Спінальний арахноїдит — це хронічне запалення павутинної оболонки спинного мозку, яке зазвичай супроводжується тривалими болями, слабкістю, порушеннями чутливості, але не викликає раптового гострого болю після фізичного навантаження. В анамнезі зазвичай є інфекційні або травматичні фактори, яких тут не описано.

ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ

1. У пацієнтки віком 25 років після пологів посилилися хиткість під час ходи та слабкість у ногах. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом 6 років, зазначає погіршення стану щороку восени. Об'єктивно спостерігається: жінка ейфорична, знижена критичність до свого стану, горизонтальний ністагм, високі сухожилкові рефлекс, клонус стоп, патологічні стопні рефлекс, черевні рефлекс відсутні, атаксія під час проби Ромберга, інтенційний тремор та промахування під час виконання координаторних проб. На очному дні виявлено темпоральне збіднення дисків зорових нервів. Який найімовірніший діагноз?

А. Розсіяний склероз - загострення щороку восени свідчить про ремітуюче-рецидивуючий характер; симптоми атаксії, такі як хиткість під час ходи, інтенційний тремор, промахування в координаторних пробах; темпоральне збіднення дисків зорових нервів — ознаки атрофії зорового нерву; високі сухожилкові рефлекс, клонус стоп, позитивні патологічні стопні рефлекс вказують на ураження пірамідної системи; горизонтальний ністагм підтверджує порушення у мозочку або стовбурі мозку і є типовим для неврити зорового нерва; ейфорія та знижена критичність — типові прояви РС.

В. Бічний аміотрофічний склероз - характеризується прогресуючою слабкістю, атрофією м'язів і фасцикуляціями. Відсутні координаторні порушення та ураження зорового нерва.

С. Синдром Шегрена - це системне аутоімунне захворювання, що вражає залози зовнішньої секреції (сухість очей і ротової порожнини). Немає описаних неврологічних симптомів

Д. Міастенія гравіс - характеризується м'язовою слабкістю, яка прогресує до вечора, але відсутні порушення координації, рефлексів чи ураження зорового нерва.

Е. Гострий розсіяний енцефаломієліт - це гострий стан, зазвичай після інфекції або вакцинації. Має швидкий розвиток, а не хронічний перебіг із рецидивами.

2. Хвора 25-ти років скаржиться на значне зниження зору на праве око, що виникло раптово. При обстеженні окуліста: ознаки ретробульбарного неврити. Об'єктивно: черевні рефлекс відсутні, вібраційна чутливість знижена. Встановіть діагноз:

А. Розсіяний склероз - раптове зниження зору на одне око із ознаками ретробульбарного неврити є одним із ранніх і характерних проявів розсіяного склерозу. Це обумовлено демієлінізацією зорового нерва. Відсутність черевних рефлексів та зниження вібраційної чутливості вказують на ураження центральної нервової системи, яке характерне для демієлінізуючих захворювань, таких як розсіяний склероз. Розсіяний склероз часто має полісистемний прояв, коли

залучаються різні частини центральної нервової системи, що призводить до множинних неврологічних симптомів.

В. Бічний аміотрофічний склероз - БАС переважно уражає рухові нейрони, викликаючи м'язову слабкість, атрофію, спастичність і фасцикуляції. Зорові розлади та сенсорні симптоми (такі як зниження вібраційної чутливості) не характерні для БАС.

С. Фунікулярний мієлоз - цей стан обумовлений дефіцитом вітаміну В12 і характеризується ураженням задніх і бокових стовпів спинного мозку. Симптоми включають атаксії, парестезії, втрату вібраційної чутливості та м'язову слабкість, але зорові нерви зазвичай не уражаються. Немає раптового зниження зору, характерного для ретробульбарного невриту.

Д. Пухлина головного мозку - може викликати порушення зору через компресію зорових шляхів, але цей процес зазвичай є поступовим. Відсутність рефлексів і зниження вібраційної чутливості не є типовими для пухлини в ранній стадії.

Е. Атрофія зорових нервів - може спричинити зниження зору, але це є наслідком хронічного процесу. Атрофія зорового нерва не викликає втрати черевних рефлексів або зниження вібраційної чутливості.

ВЕГЕТАТИВНА НЕРВОВА СИСТЕМА

1. У пацієнтки віком 35 років під час проведення ультразвукового обстеження сонних і вертебральних артерій виникло запаморочення, з'явилася загальна слабкість, нудота, утруднене дихання і розвинулася непритомність, яка тривала протягом 20 с. Об'єктивно спостерігається шкіра бліда, АТ - 90/60 мм рт. ст, ЧСС - 96/хв. Зниження реакцій на світло. Вогнищевих неврологічних симптомів не виявлено. На електроенцефалограмі та ехоенцефалограмі патологічних змін не встановлено. Який наймовірніший діагноз?

А. Синкопальний стан - короткочасна непритомність (20 секунд), запаморочення, слабкість, нудота, утруднене дихання, бліда шкіра та зниження артеріального тиску (90/60 мм рт. ст.) — характерно для вазовагального або ортостатичного синкопе. Відсутність фокальних неврологічних симптомів виключає гострі неврологічні стани. Електроенцефалографія та ехоенцефалографія не виявили патологій, підтверджуючи відсутність органічного ураження головного мозку.

В. Інфаркт головного мозку - характеризується стійкими неврологічними дефіцитами (геміпарез, афазія), яких у пацієнтки немає.

С. Субарахноїдальний крововилив - для нього характерний раптовий сильний головний біль («удар по голові»), менінгеальні симптоми, кров'янистий ліквор, чого тут немає.

Д. Епілептичний напад - судоми, амнезія події та постікальний стан є типовими для епілепсії, але ці симптоми відсутні.

Е. Транзиторна ішемічна атака - ТІА викликає короткочасні фокальні неврологічні симптоми (слабкість кінцівок, порушення мови), в даній задачі не представлені.

2. Пацієнтка віком 34 роки після швидкої зміни положення тіла з горизонтального на вертикальне різко зблідла та впала. Об'єктивно спостерігається: шкіра волога, кінцівки холодні, зіниці розширені, пульс підвищений та ниткоподібний, АТ - 50/25 мм рт. ст. Який патологічний стан розвинувся в пацієнтки?

А. Колапс - різке зниження артеріального тиску з відповідними симптомами (вологі та холодні кінцівки, ниткоподібний пульс, розширені зіниці, втрата свідомості).

В. Синдром Морганьї-Адамса-Стокса - втрата свідомості через аритмію (даних щодо аритмії не надано).

С. Анафілактичний шок - виникає після контакту з алергеном.

Д. Фібриляція шлуночків — смертельний стан протягом декількох хвилин.

Е. Гіперглікемічна кома - характерні поступові зміни.

3. У пацієнта віком 35 років виник напад, під час якого з'явилися серцебиття, озноб і страх смерті. Об'єктивно спостерігається блідість шкіри та підвищення АТ. Напад закінчився виділенням великої кількості сечі. Який патологічний стан виник у пацієнта?

А. Симпато-адреналовий криз – характерні прояви: серцебиття, озноб, страх смерті (типова психологічна реакція), блідість шкіри та підвищення артеріального тиску (пов'язані з викидом адреналіну), поліурія — наслідок стресового викиду гормонів.

В. Епілептичний напад - характеризується судомами, втратою свідомості та постікальним станом (сплутаністю свідомості)

С. Гіперглікемічна кома - виникає поступово, супроводжується гіперглікемією, сухістю шкіри та слизових оболонок, запахом ацетону з рота.

Д. Колапс - супроводжується зниженням артеріального тиску, слабкістю, але немає ознак симпатичної активації (серцебиття, страху смерті), характеризується короткочасною втратою свідомості.

Е. Тиреотоксичний криз - характеризується гіпертермією, тремором, тахікардією, але не поліурією після нападу та страхом смерті.

4. У дівчини 19-ти років, емоційно лабільної, у задущливому приміщенні розвинулись різка слабкість, запаморочення, потемніння в очах, нудота і втрата свідомості без судом. Об'єктивно: непритомна, шкіра бліда, кінцівки холодні. АТ- 90/60 мм рт.ст., Рс - 96/хв., зниженого наповнення, дихання поверхневе. Зіничні та сухожилкові рефлексі збережені. Патологічних знаків немає. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Синкопальний стан - У дівчини раптово виникла слабкість, запаморочення, потемніння в очах, нудота і втрата свідомості без судом. Ці симптоми є типовими для синкопального стану (непритомності), який виникає через тимчасове зменшення мозкового кровопостачання. Збереження зіничних і сухожилкових рефлексів, а також відсутність патологічних ознак вказують на функціональний характер порушення. Емоційна лабільність і перебування у задущливому приміщенні є провокуючими факторами для вазовагального синкопе (найбільш поширеного типу непритомності).

В. Вегетативно-судинний пароксизм - при вегетативно-судинному пароксизмі можуть бути схожі симптоми, але свідомість, як правило, зберігається.

С. Епілептичний напад - супроводжується судомами, часто втратою свідомості з характерними ознаками (прикушування язика, мимовільне сечовипускання).

Д. Істеричний невроз - істерична непритомність зазвичай виникає в присутності глядачів, не супроводжується порушеннями кровообігу (наприклад,

блідістю, гіпотензією) і має демонстративний характер. У цій ситуації об'єктивні ознаки вказують на реальне порушення кровообігу.

Е. Транзиторна ішемічна атака - ТІА зазвичай характеризується фокальними неврологічними симптомами (парез, порушення мовлення, втрата зору тощо). У даному випадку цього не спостерігається.

5. У хворой 28-ми років після стресу розвинулись: різка слабкість, запаморочення, потемніння в очах, нудота і втрата свідомості без судом. Об'єктивно: хвора непритомна, шкіра бліда, кінцівки холодні. Зіничні та сухожильні рефлекси збережені. АТ - 80/50 мм рт.ст., Ps - 102/хв., зниженого наповнення. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Синкопальний стан – це тимчасова втрата свідомості, спричинена транзиторним зниженням мозкового кровотоку. Ключові ознаки в описаному випадку: раптовий початок після стресу, симптоми перед непритомністю (різка слабкість, запаморочення, потемніння в очах, нудота), непритомність без судом, бліда шкіра, холодні кінцівки, низький артеріальний тиск (АТ 80/50 мм рт. ст.), тахікардія (Ps 102/хв.), збереження зіничних та сухожильних рефлексів. Це класичні прояви синкопального стану, що є наслідком вазовагальної реакції або ортостатичної гіпотензії.

В. Епілептичний синдром - епілептичний напад зазвичай супроводжується судомами, іноді прикусом язика та постіктальною сплутаністю свідомості, чого у пацієнтки немає. У даному випадку свідомість втрачена без судом, тому діагноз епілептичного синдрому виключається.

С. Істеричний припадок - зазвичай відбувається на очах у глядачів, має демонстративний характер. Пацієнт при цьому падає обережно, без травм, свідомість збережена або частково порушена, але рефлекси не змінені. У даному випадку є об'єктивні ознаки серцево-судинної недостатності (гіпотензія, тахікардія), що виключає істеричний припадок.

Д. Вегетативно-судинний пароксизм - вегетативно-судинний пароксизм (наприклад, панічна атака) супроводжується вираженим збудженням, страхом смерті, відсутністю непритомності, зі збереженням або підвищенням артеріального тиску. У даному випадку маємо непритомність і гіпотензію, що не характерно для вегетативного пароксизму.

Е. Минущі порушення мозкового кровообігу - минущі порушення мозкового кровообігу (ТІА) зазвичай супроводжуються осередковими неврологічними симптомами (наприклад, асиметрією обличчя, слабкістю в кінцівках, порушенням мови), які відсутні в описаній клінічній картині. Втрата свідомості при ТІА не є типовим симптомом.

6. Емоційнолабільна 22-річна студентка медичного університету присуття під час хірургічної операції відчула слабкість, запаморочення, легку нудоту, втратила свідомість і впала. Такий стан тривав 2 хвилини. Об'єктивно: очі закриті, шкіра бліда, дифузний гіпергідроз, пульс слабкий,

артеріальний тиск - 90/60 мм рт.ст., дихання поверхнєве, реакція на світло уповільнена, сухожилкові рефлексі збережені, судом не має. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Синкопальний стан - клінічна картина вказує на синкопальний стан (непритомність), який виник на тлі стресової ситуації (присутність під час хірургічної операції). Основні ознаки: передвісники: слабкість, запаморочення, нудота, непритомність (втрата свідомості на 2 хвилини, без судом), бліда шкіра, пітливість (гіпергідроз), знижений артеріальний тиск (90/60 мм рт. ст.), слабкий пульс, збережені сухожилкові рефлексі, поверхнєве дихання.

В. Істеричний невроз - для істеричного неврозу характерні демонстративна поведінка, крик, хаотичні рухи, але непритомність при цьому відсутня або не справжня (очі відкриті, орієнтація частково збережена). У даному випадку маємо об'єктивні ознаки (гіпотензія, слабкий пульс), що не характерно для істеричного неврозу.

С. Вегето-судинний пароксизм - вегетативно-судинний пароксизм зазвичай супроводжується тахікардією, тривогою, підвищеним артеріальним тиском. Непритомність не є типовим проявом. У нашому випадку є гіпотензія і слабкий пульс.

Д. Транзиторна ішемічна атака - ТІА зазвичай супроводжується осередковими неврологічними симптомами (асиметрія обличчя, парези, порушення мови), яких у пацієнтки немає. Втрата свідомості не є типовим для ТІА.

Е. Епілептичний напад - для епілептичного нападу характерні судоми, прикус язика, а також постіктальна сплутаність свідомості після нападу. У даному випадку непритомність протікала без судом і типових епілептичних проявів.

7. Чоловіку 42-х років, з діагнозом спастичний парепарез призначено міорелаксанти тизанідин за схемою поступового збільшення дози. Хворий порушив рекомендацію і вжив відразу добову дозу, після чого відчув загальну слабкість, запаморочення, зниження сили в ногах та на короткий час втратив свідомість. При фізикальному обстеженні артеріальний тиск - 75/55 мм рт.ст., пульс - 69/хв., температура тіла - 36,6°C, загальна м'язова гіпотонія. Який невідкладний стан найбільш імовірно виник у хворого?

А. Синкопальний стан — має характерні ознаки: передвісники (загальна слабкість, запаморочення, зниження сили в ногах, що завершилися короткочасною втратою свідомості), гіпотензія (АТ 75/55 мм рт. ст.) — наслідок вазодилатації через дію тизанідину, пульс нормальний (69/хв.), що виключає вагусну брадикардію, загальна м'язова гіпотонія — вторинна до передозування міорелаксанта. Причина: передозування тизанідину викликало зниження периферичного судинного опору і транзиторну недостатність мозкового кровообігу, що призвело до синкопального стану.

В. Симпато-адrenalовий криз - характеризується тахікардією, підвищенням артеріального тиску, тривожністю, пітливістю. У даному випадку гіпотензія та нормальний пульс виключають цей діагноз.

С. Ваго-інсулярний криз - зазвичай супроводжується брадикардією, нудотою, блюванням, підвищеним потовиділенням. У пацієнта пульс нормальний (69/хв.), що не є типовим для цього стану.

Д. Транзиторна ішемічна атака - ТІА зазвичай супроводжується осередковими неврологічними симптомами (парез, порушення мови, зору). У цьому випадку таких симптомів немає, що виключає цей діагноз.

Е. Панічна атака - супроводжується вираженою тривогою, тахікардією, підвищеним або нормальним артеріальним тиском. У пацієнта немає психоемоційного збудження або тахікардії.

8. Дівчинка 14-ти років під час забору крові втратила свідомість. Напередодні скаржилася на головний біль. Шкіра бліда. Частота дихання - 20/хв., частота серцевих скорочень - 80/хв., артеріальний тиск 90/60 мм рт.ст. Живіт м'який. Менінгеальні симптоми відсутні. Який попередній діагноз?

А. Непритомність - є найбільш імовірним діагнозом у цьому випадку через такі ключові ознаки: клінічні передвісники (втрата свідомості під час стресового тригера (забір крові), скарги на головний біль напередодні), блідість шкіри, гіпотонія (90/60 мм рт. ст.), нормальна частота серцевих скорочень (ЧСС = 80/хв.), нормальна частота дихання (ЧД = 20/хв.), відсутність неврологічних чи інших патологічних симптомів (менінгеальні симптоми відсутні, живіт м'який, що виключає абдомінальні стани, триггер (емоційний або больовий) і блідість є типовими для синкопального стану.

В. Колапс - супроводжується різким падінням артеріального тиску, тахікардією, порушенням периферичної перфузії (холодна шкіра, ціаноз). У цьому випадку ЧСС нормальна, периферична перфузія не порушена.

С. Гостра лівошлуночкова недостатність - характеризується задишкою, хрипами в легенях, тахікардією, що відсутні у пацієнтки.

Д. Епілепсія - для епілепсії характерні судоми, прикус язика, порушення свідомості після нападу (постікальна сплутаність). Ці симптоми у пацієнтки відсутні.

Е. Дихальна недостатність - супроводжується задишкою, ціанозом, низькою сатурацією кисню. Частота дихання (20/хв.) у пацієнтки нормальна, ознак дихальної недостатності немає.

9. Хвора 42-х років після відпочинку, встала з ліжка і відчула загальну слабкість, запаморочення, потемніння в очах, втратила свідомість. Об'єктивно: хвора непритомна, шкіра бліда, холодна, зіничні та сухожильні рефлекси збережені. АТ- 75/50 мм рт.ст., пульс - 100/хв. Який діагноз найбільш імовірний?

А. Ортостатичний колапс - виникає через різке зниження артеріального тиску при переході з горизонтального в вертикальне положення, що призводить до недостатності мозкового кровообігу. Основні ознаки: симптоми при зміні положення тіла (після підйому з ліжка пацієнтка відчула слабкість, запаморочення, потемніння в очах), об'єктивні дані (блідість, холодна шкіра (внаслідок вазоконстрикції), артеріальна гіпотензія (АТ 75/50 мм рт.ст.), тахікардія (пульс 100/хв.) як компенсаторна реакція, збережені зіничні та сухожильні рефлекси. Це типова клінічна картина ортостатичного колапсу, спричиненого порушенням регуляції судинного тону.

В. Істеричний напад - супроводжується демонстративною поведінкою, не має об'єктивних ознак гіпотензії, тахікардії або блідості шкіри.

С. Ішемічний інсульт - для інсульту характерна наявність осередкових неврологічних симптомів (порушення мови, асиметрія обличчя, парези), які у пацієнтки відсутні.

Д. Епілептичний синдром - супроводжується судомами, прикусом язика, піноподібними виділеннями, а також сплутаністю свідомості після нападу (постікальний стан). У цьому випадку нічого з вищезазначеного немає.

Е. Гіпоглікемічна кома - зазвичай супроводжується вираженою слабкістю, підвищеним апетитом, пітливістю, можливо, втратою свідомості, але артеріальна гіпотензія та тахікардія для неї не характерні.

10. Жінка 58-ми років перебуває на стаціонарному лікуванні з приводу гіпертонічної хвороби. Вранці, після прийому каптоприлу та празозину різко піднялася з ліжка та короткочасно знепритомніла. Об'єктивно: шкіра бліда, волога. Пульс - 100/хв. слабкий, артеріальний тиск - 70/40 мм рт.ст. На ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ознаки перенавантаження лівого шлуночка. Змін з боку центральної нервової системи не виявлено. Яка причина стану хворої є найбільш імовірною?

А. Ортостатична гіпотензія - У пацієнтки є типові ознаки ортостатичної гіпотензії, які виникли внаслідок різкого підйому з ліжка на фоні прийому антигіпертензивних препаратів (каптоприлу та празозину). Основні аргументи: празозин є альфа-адреноблокатором, який викликає вазодилатацію, каптоприл, інгібітор АПФ, також знижує судинний тонус і артеріальний тиск; різкий перехід у вертикальне положення призвів до недостатнього кровонаповнення мозку через ортостатичну гіпотензію. Клінічні ознаки: втрата свідомості після підйому з ліжка, блідість, волога шкіра, слабкий пульс (компенсаторна тахікардія — 100/хв.), гіпотензія (АТ 70/40 мм рт.ст.), відсутність інших патологій. На ЕКГ лише ознаки перенавантаження лівого шлуночка, що очікувано у пацієнтки з гіпертонічною хворобою.

В. Напад Морганьї-Адамса-Стокса - напад супроводжується значною брадикардією (менше 40/хв.) через повну АВ-блокаду або асистолію. У пацієнтки синусовий ритм із нормальною частотою.

С. Анафілактичний шок - супроводжується масивною вазодилатацією, гіпотензією, часто утрудненим диханням, висипами або набряками. У пацієнтки немає ознак алергічної реакції

Д. Кардіогенний шок - зазвичай супроводжується низьким серцевим викидом (холодні кінцівки, важка тахікардія), часто після гострого інфаркту міокарда. У пацієнтки немає ознак гострої серцевої недостатності.

11. Хвора 20-ти років скаржиться на відчуття нестачі повітря, тривалі ниючі болі в ділянці серця, дратівливість. Під час обстеження: загальний стан задовільний, лабільність пульсу, АТ- 130/60 мм рт.ст. ЕКГ - порушення процесів реполяризації. У пацієнтки діагностована нейроциркуляторна дистонія за кардіальним типом. Вкажіть умови, в яких хвора повинна отримувати лікування:

А. Амбулаторне лікування - є оптимальним для пацієнтки з таким функціональним станом, що включає: психологічну підтримку та корекцію способу життя, лікарську терапію (седативні препарати, вітаміни), немедикаментозне лікування (фізіотерапія, лікувальна фізкультура).

В. Стаціонарне лікування в терапевтичному відділенні - стаціонарне лікування потрібне лише у випадку тяжкої симптоматики або загрози життю, якої тут немає.

С. Стаціонарне лікування в кардіологічному відділенні - шпиталізація в кардіологічне відділення проводиться при серйозних органічних захворюваннях серця (ішемія, міокардит, аритмії тощо), які у пацієнтки не виявлені.

Д. Стаціонарне лікування в кардіохірургічному відділенні - кардіохірургічне лікування необхідне лише при захворюваннях серця чи судин, яких тут немає.

Е. Стаціонарне лікування в психіатричному відділенні - психіатрична шпиталізація потрібна при виражених психічних розладах, наприклад, депресії або психозі, яких у пацієнтки не спостерігається.

НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

1. Хворий 72-х років звернувся до лікаря зі скаргами на тремор рук. більше справа, загальну скутість, сповільнення ходи, мовлення, утруднення при виконанні звичайної домашньої роботи. При фізикальному обстеженні загальна брадикінезія, гіпомімія, емппростотонус, хода "човгаюча", ахейрокінез, тремор спокою в руках D>S, підвищений м'язовий тонус за пластичним типом, феномен "зубчастого колеса" виражена носгуральна нестійкість. Які ліки, насамперед, мають бути у схемі лікування цього хворого?

А. Препарати, що містять леводопу - клінічна картина хворого відповідає діагнозу хвороби Паркінсона, яка характеризується переважно одностороннім тремором спокою, брадикінезією (загальна сповільненість рухів), гіпомімією (зменшення виразності міміки), пластичним тонусом м'язів (феномен "зубчастого колеса"), постуральною нестійкістю (труднощі підтримки рівноваги), ахейрокінезом (відсутність природного помаху рук під час ходьби). Хвороба Паркінсона пов'язана з дефіцитом дофаміну у чорній субстанції головного мозку. Леводопа є метаболічним попередником дофаміну і є основним препаратом для лікування хвороби Паркінсона, особливо у пацієнтів старшого віку. Вона проникає через гематоенцефалічний бар'єр і компенсує дефіцит дофаміну.

В. Препарати, що покращують мікроциркуляцію - ці препарати не впливають на основні симптоми хвороби Паркінсона, які викликані дефіцитом дофаміну. Їх використання не є патогенетично виправданим.

С. Антидепресанти - можуть бути додані в схему лікування при виражених симптомах депресії, які часто супроводжують хворобу Паркінсона, але вони не є основними препаратами для контролю рухових порушень.

Д. Холінолітики - можуть допомагати в контролі тремору, але вони менш ефективні при брадикінезії, ригідності і постуральній нестійкості. Вони використовуються рідше через побічні ефекти, особливо у літніх пацієнтів (сплутаність свідомості, порушення пам'яті).

Е. Антихолінестеразні препарати - використовуються для лікування деменції (наприклад, хвороби Альцгеймера) і не мають ролі в лікуванні рухових симптомів хвороби Паркінсона.

2. Жінка віком 67 років, скаржиться на слабкість у руках, відчуття важкості в ногах, посіпування у м'язах кінцівок. Захворіла близько 10 місяців тому, коли вперше відмітила слабкість у руках. Об'єктивно спостерігається: виражена гіпотрофія м'язів верхніх кінцівок, дифузні м'язові фасцикуляції в кінцівках, переважно в руках. Знижена м'язова сила у верхніх кінцівках до 2 балів. У ногах м'язова сила збережена. Глибокі рефлекси на кінцівках значно посилені, клонуси стоп із обох боків.

Патологічний рефлекс Бабінського з обох боків. Дисфункції тазових органів, чутливих і координаторних порушень не виявлено. Встановіть діагноз.

А. Бічний аміотрофічний склероз - слабкість у руках із прогресуючою гіпотрофією м'язів типова для ураження нижнього мотонейрона. Гіпотрофія та фасцикуляції (мимовільні посмикування м'язів) - характерні для БАС ознаки ураження нижніх мотонейронів. Посилені глибокі рефлекси, клонуси, рефлекс Бабінського вказують на ураження центрального мотонейрона (верхній мотонейрон). БАС комбінує ураження і верхнього, і нижнього мотонейронів, що є ключовою ознакою цього захворювання. Ураження мотонейронів при БАС не зачіпає сенсорні функції або координацію. На ранніх стадіях функція тазових органів збережена, що відрізняє це захворювання від інших неврологічних патологій.

В. Сифілітичний менінгоенцефаліт - сифілітичний процес часто супроводжується порушеннями чутливості, когнітивними розладами або гідроцефалією. Ураження виключно моторної системи без сенсорних змін не характерне для сифілітичного менінгоенцефаліту.

С. Міастенія - характеризується м'язовою слабкістю, яка посилюється після навантаження, але немає ознак атрофії, фасцикуляцій, підвищення рефлексів або рефлексу Бабінського. При міастенії відсутні ураження верхнього мотонейрона

Д. Туберкульозний менінгіт - для туберкульозного менінгіту характерні загально мозкові симптоми (головний біль, нудота, блювання, порушення свідомості) та менінгеальні ознаки (ригідність м'язів потилиці). Ураження виключно моторної системи без сенсорних або когнітивних порушень не є типовим.

Е. Аміотрофія Вердніга-Гофмана — це спадкове захворювання, яке проявляється у дитячому віці (часто в ранньому дитинстві). Ураження периферичних мотонейронів присутнє, але відсутнє ураження центрального мотонейрона, а також захворювання не починається в дорослому віці.

ГОЛОВНИЙ БІЛЬ

1. У дівчини 19-ти років скарги на головний біль пульсуючого характеру в лівій лобно-скронево-тім'яній ділянці, який турбує протягом п'яти років. Головний біль виникає нападopodobно і супроводжується нудотою, блюванням, фонофобією та фотофобією. Тривалість нападу від кількох годин до 2-3 діб. Напад цефалгії часто виникає при перевтомі, емоційному перенавантаженні. Частота нападів 1-2 рази на місяць. Неврологічний статус без патологічних змін. Схожі головні болі були у матері хворої. Який діагноз є найбільш імовірним?

А. Мігрень - характер болю пульсуючий, локалізований в одній половині голови (лівій лобно-скронево-тім'яній ділянці), що є класичним симптомом мігрені. Супутні симптоми: нудота, блювання, фонофобія (чутливість до звуків) та фотофобія (чутливість до світла) — це типові супутні прояви мігрені. Головний біль виникає нападами тривалістю від кількох годин до кількох днів, що відповідає критеріям мігрені. Напади провокуються перевтомою та емоційним перенавантаженням, що характерно для мігрені. Наявність подібних головних болів у матері свідчить про генетичну схильність, характерну для мігрені. У міжнападний період неврологічний статус пацієнтки без патології, що також відповідає мігрені.

В. Кластерний головний біль - Для кластерного головного болю характерні короткі, але дуже інтенсивні напади (15 хвилин – 3 години), часто з локалізацією болю навколо одного ока. Біль не супроводжується нудотою чи блюванням, але є слезотеча, ринорея (закладеність носа) та набряк ока. У пацієнтки ці симптоми відсутні.

С. Лікворно-динамічний головний біль - зазвичай асоціюється з порушенням відтоку або вироблення ліквору, наприклад, при гідроцефалії або пухлинах. Біль часто залежить від положення тіла і супроводжується іншими симптомами внутрішньочерепної гіпертензії. У пацієнтки цього немає.

Д. Головний біль напруги - Для цього типу болю характерний стискаючий, двобічний біль ("як обруч"), без пульсації, нудоти чи блювання. Фотофобія та фонофобія для цього типу болю не характерні.

Е. Хронічна цервікокраніалгія - Виникає через патологію шийного відділу хребта. Біль має тупий характер, часто асоціюється з напруженням м'язів ший. У пацієнтки біль має чіткий нападopodobний характер і супутні мігренозні симптоми, що не відповідає цервікокраніалгії.

2. Пацієнтка віком 39 років скаржиться на періодичний головний біль, пульсуючий за характером, завжди зліва, частіше перед менструаціями. Які групи препаратів доцільно призначити насамперед?

А. Триптани - пацієнтка має пульсуючий головний біль, що завжди локалізується з одного боку (зліва), і цей тип болю виникає перед менструаціями.

Це класична картина менструальної мігрені. Триптани - це специфічна група препаратів, що використовуються для купірування нападів мігрені. Вони є агоністами серотонінових рецепторів (5-HT_{1B/1D}) і діють на судини головного мозку, зменшуючи їхню дилатацію та знімаючи біль.

В. Дексаметазон - глюкокортикостероїди (зокрема дексаметазон) можуть використовуватись у комплексному абортивному лікуванню мігренозним нападів, але не є препаратами першої лінії.

С. Валеріану - препарати на основі валеріани мають заспокійливий ефект, але не є ефективними при купіруванні нападів мігрені.

Д. Парацетамол - може бути використаний для зняття легкого головного болю, але він недостатньо ефективний для купірування помірних або важких нападів мігрені, особливо в разі менструальної мігрені.

Е. Антидепресанти - можуть використовуватися для профілактики мігрені, але вони не призначаються для купірування нападів. Їх ефект розвивається протягом декількох тижнів і не підходить для гострих станів.

ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА

1. Чоловіку 40 років. Доставлений з місця катастрофи в оглушеному стані. Об'єктивно встановлено: відсутні активні рухи в лівих кінцівках, пригнічені сухожильні рефлекс з обох боків S>D, тонус м'язів знижений. Симптом Бабінського зліва. Затримка сечовипуску, брадикардія, що змінюється тахікардією. Ліквор прозорий, безбарвний, тиск - 300 мм вод. ст. На КТ спостерігається осередок підвищеної щільності округлої форми у правій тім'яно-скроневій ділянці, загальний об'єм - 60 см³. Який імовірний діагноз?

А. Забій головного мозку тяжкого ступеню – ключові ознаки: неврологічні порушення (відсутність активних рухів у лівих кінцівках (геміпарез), симптом Бабінського зліва – ознака ураження пірамідного тракту, пригнічення сухожильних рефлексів і знижений тонус м'язів – свідчать про серйозне ураження центральної нервової системи), порушення свідомості (оглушений стан – свідчення значного ушкодження мозку), автономні розлади (затримка сечовипускання, брадикардія, що змінюється тахікардією – дисфункція автономної нервової системи), ліквор прозорий, але підвищений тиск (300 мм вод. ст.), на КТ - осередок підвищеної щільності округлої форми у правій тім'яно-скроневій ділянці об'ємом 60 см³. Це відповідає великому осередку крововиливу або значному набряку мозкової тканини, що характерно для тяжкого забою.

В. Забій головного мозку легкого ступеню тяжкості - Для легкого ступеня характерні короткочасна втрата свідомості (до 30 хв), мінімальні або відсутні осередкові симптоми. На КТ не виявляють значних структурних змін. У пацієнта виражені осередкові симптоми (геміпарез, симптом Бабінського) і значний осередок на КТ, що виключає легкий ступінь.

С. Забій головного мозку середнього ступеню тяжкості - при середньому ступені може бути триваліша втрата свідомості (до 6 годин) та вираженіші симптоми, але об'єм ураження на КТ не перевищує 20-30 см³. У пацієнта осередок 60 см³ та важкі автономні розлади, що характерно для тяжкого ступеня.

Д. Струс головного мозку - для струсу головного мозку характерна короткочасна втрата свідомості (секунди-хвилини) та відсутність структурних змін на КТ. У пацієнта є грубі вогнищеві симптоми, структурні зміни на КТ, що виключає струс.

Е. Дифузне аксональне ушкодження - для цього діагнозу характерні коматозний стан, множинні мікрокрововиливи в білій речовині мозку, відсутність великих осередкових уражень на КТ. У пацієнта чіткий осередок ураження (60 см³), що не відповідає дифузному ушкодженню.

2. Чоловік 38-ми років під час падіння з висоти двох метрів ударився головою об металевий предмет, короткочасно знепритомнів. Скаржитися на

головний біль, нудоту, запаморочення, виділення крапель світлої рідини з правого носового ходу. Об'єктивно: симптом "окулярів", ретроградна амнезія. Вогнищева неврологічна симптоматика відсутня. Яка найбільш імовірна причина назальної ліквореї?

А. Перелом основи черепа - клінічні ознаки перелому основи черепа: назальна лікворея (витікання світлої рідини (ліквору) з носового ходу є специфічною ознакою порушення цілісності основи черепа (решітчастої пластинки чи інших структур основи)), симптом "окулярів" (гематома у вигляді синців навколо очей свідчить про перелом передньої черепної ямки), відсутність вогнищевої неврологічної симптоматики (у разі простого перелому основи може не бути грубих неврологічних дефіцитів).

В. Лікворна гіпертензія - не викликає назальної ліквореї, а є наслідком порушень відтоку ліквору або продукції ліквору.

С. Порушення відтоку ліквору - проявляється підвищенням внутрішньочерепного тиску (головний біль, набряк дисків зорових нервів), але не ліквореєю.

Д. Запалення слизової оболонки носа - не викликає витікання прозорої рідини. Виділення були б мутними або слизисто-гнійними.

Е. Забій головного мозку - може супроводжуватися головним болем, нудотою, ретроградною амнезією, але назальна лікворея для нього не характерна.

3. У хворого 20-ти років на наступний день після закритої травми голови раптово підсилився головний біль, виникли нудота, блювання, відчуття затерпання та слабкості лівої руки. В неврологічному статусі виявлений симптом Керніга, розширення правої зіниці та центральний парез лівої руки. Встановіть попередній клінічний діагноз:

А. Субдуральна гематома - характерні ознаки: раптове посилення головного болю, нудота та блювання (вказують на прогресуюче підвищення внутрішньочерепного тиску), затерпання та слабкість у лівій руці (симптом центрального парезу, що вказує на ураження протилежної півкулі мозку (права сторона)), розширення правої зіниці (ознака компресії ІІІ черепного нерва (окорухового) через підвищення тиску з правого боку), симптом Керніга (може бути неспецифічною ознакою подразнення оболонок мозку). Субдуральна гематома формується внаслідок розриву венозних судин між твердою мозковою оболонкою та мозком. Симптоми можуть мати латентний період (до кількох днів) після травми. Прогресування пов'язане зі збільшенням гематоми.

В. Струс головного мозку - характеризується короткочасною втратою свідомості, головним болем і загальними симптомами (нудота, запаморочення). Не викликає осередкових неврологічних симптомів (парез, розширення зіниці).

С. Забій головного мозку - може супроводжуватися осередковими симптомами, але зазвичай виявляється відразу після травми. Прогресування на наступний день менш типове.

Д. Вторинний менінгіт - супроводжується загальноінфекційними симптомами (лихоманка, інтоксикація). Симптом Керніга характерний, але немає специфічних ознак (гнійний ліквор, інфекційний процес).

Е. Абсцес головного мозку - має тривалу клінічну картину (тижні), з поступовим розвитком симптомів. Не пов'язаний з гострою травмою голови.

4. У приймальне відділення звернулися батьки з двомісячним хлопчиком, який напередодні ввечері впав із дивана на підлогу. Об'єктивно: дитина не контактує, млява, мали місце тонікоклонічні судоми, в скроневій ділянці зліва напружена гематома. Яке із досліджень слід провести в першу чергу?

А. Комп'ютерна томограма голови - у дитини є серйозні ознаки черепно-мозкової травми: млявість, відсутність контакту – порушення свідомості; тонікоклонічні судоми – можливе ураження мозкової речовини або підвищення внутрішньочерепного тиску; напружена гематома у скроневій ділянці – вказує на можливий перелом кісток черепа або внутрішньочерепний крововилив. Комп'ютерна томографія (КТ) голови є методом вибору у випадках травми голови, оскільки дозволяє швидко виявити внутрішньочерепні гематоми, набряк мозку, переломи черепа та інші патології, забезпечує важливу інформацію для прийняття рішень про невідкладне хірургічне втручання, якщо це потрібно.

В. Іонограма сироватки крові - може бути корисною для оцінки метаболічних порушень, але не є першочерговою при травмі голови.

С. Дослідження ліквору - протипоказане при підозрі на підвищений внутрішньочерепний тиск (ризик вклинення мозку).

Д. Оглядова рентгенографія голови - менш інформативна, ніж КТ, особливо для оцінки внутрішньочерепних структур.

Е. Електроенцефалографія - може виявити епілептичну активність, але не діагностує травматичні зміни мозку або крововиливи.

5. Хлопчик 9-ти років упав з дерева, ударився потиличною ділянкою, спостерігалась короткочасна непритомність. Об'єктивно: стан дитини задовільний, турбують головний біль, запаморочення. На рентгенограмах черепа виявлено вдавнений уламчастий перелом потиличної кістки в ділянці потиличного горба. Яке лікування показане хворому?

А. Оперативне втручання - вдавнений уламчастий перелом черепа є серйозним ушкодженням, при якому уламки кістки зміщуються всередину і можуть травмувати підлеглі тканини (тверду мозкову оболонку, мозкову речовину, судини). Є ризик компресії мозку, розвитку внутрішньочерепної гематоми, набряку мозку чи інфекційних ускладнень (менінгіт, енцефаліт). Мета оперативного втручання: зменшення тиску уламків на мозкову тканину, усунення ризику інфекцій (закриття дефекту твердої мозкової оболонки), відновлення анатомічної цілісності черепа.

В. Протизапальна терапія - може бути частиною післяопераційного лікування, але сама по собі не усуває структурне ушкодження.

С. Гемостатична терапія - показана при кровотечах, але немає даних про активну кровотечу у цього пацієнта.

Д. Розвантажувальні люмбальні пункції - протипоказані при переломах черепа, оскільки є ризик вклинення мозку.

Е. Комплексне консервативне лікування - застосовується при лінійних переломах або легких черепно-мозкових травмах без зміщення уламків. У цьому випадку показане хірургічне втручання.

6. Хворий 36-ти років внаслідок дорожньотранспортної пригоди одержав важку черепно-мозкову травму та перебуває в коматозному стані. З діагностичною метою проведена ЕХО-енцефалографія, знайдений зсув серединних структур мозку вправо на 12 мм. За допомогою комп'ютерної томографії в лобово-тім'яній ділянці ліворуч виявлена субдуральна гематома розміром 6х7х7 см. Назвіть найбільш правильну тактику лікування:

А. Хірургічне лікування - субдуральна гематома такого розміру потребує ургентного видалення, щоб зменшити внутрішньочерепний тиск, усунути компресію мозкової тканини та запобігти незворотним ускладненням. Відкладання операції значно збільшує ризик летального результату.

В. Застосування оксигаротерапії - оксигенація може бути частиною підтримуючої терапії, але вона не усуває компресію мозку.

С. Спостереження за хворим у динаміці - неприйнятно у випадках, коли є явні ознаки вклинення мозку (зсув серединних структур).

Д. Проведення дезінтоксикаційної терапії - дезінтоксикаційна терапія може бути допоміжною, але не вирішує проблему об'ємного ураження мозку.

Е. Проведення краніоцеребральної гіпотермії - гіпотермія іноді використовується для захисту мозку, але вона не є альтернативою терміновому хірургічному втручанню.

7. Потерпілий в автомобільній катастрофі доставлений в клініку нейрохірургії, оскільки були наявними ознаки черепно-мозкової травми. Під час огляду виявлені симптоми вогнищового ушкодження мозку, запідозрено його забій. Який метод дослідження слід застосувати в даному випадку?

А. Комп'ютерна томографія - пацієнт має ознаки черепно-мозкової травми із симптомами вогнищового ушкодження мозку. У таких випадках важливо точно визначити локалізацію, характер та обсяг ураження (забій, гематома, набряк, або інші пошкодження мозкової тканини). КТ є високочутливим та специфічним методом для виявлення забоїв, гематом,

переломів черепа та інших травматичних уражень, забезпечує швидке отримання результатів, що є критично важливим у невідкладних випадках.

В. Рентгенографія кісток черепа - дозволяє виявити переломи, але не дає інформації про стан мозкової тканини.

С. Ангіографія судин головного мозку - використовується для діагностики судинних патологій (аневризми, тромбози), але не є основним методом при черепно-мозкових травмах.

Д. Ультразвукове дослідження судин головного мозку - використовується для оцінки кровотоку, але не діагностує забої чи гематоми мозку.

Е. Обстеження очного дна - може виявити ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску, але не допоможе діагностувати забій чи структурні ушкодження мозку.

НОВОУТВОРЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

1. У жінки 30 років припинилась менструація, а потім почала знижуватися гострота зору. Була виявлена первинна атрофія зорових нервів, бітемпоральна геміанопсія. Упродовж 2 років хвора лікувалась окулістами амбулаторно та стаціонарно, але зір прогресивно падав. Консультація офтальмолога: гострота зору OD=0,02, OS=0,03, виражена первинна атрофія зорових нервів. Який допоміжний метод обстеження може допомогти у постановці діагнозу?

А. МРТ головного мозку - дані симптоми є типовими для ураження хіазмальної зони зорових нервів, найчастіше викликаного аденомою гіпофіза або іншим об'ємним утворенням в області турецького сідла. МРТ дозволяє детально візуалізувати турецьке сідло, гіпофіз та хіазму зорових нервів.

В. Дослідження ліквору - використовується для виключення запальних або інфекційних захворювань, але не є основним методом діагностики пухлин.

С. Пневмоенцефалографія - застарілий метод, який зараз майже не використовується через низьку інформативність і ризики.

Д. Електроенцефалографія - оцінює електричну активність мозку, але не дає інформації про структурні ураження.

Е. Ехоенцефалографія - Використовується для грубої оцінки внутрішньочерепних утворень, але має значно меншу точність у порівнянні з МРТ.

2. У хворої 30-ти років припинилась менструація, а потім почала знижуватися гострота зору. Була виявлена первинна атрофія зорових нервів, бітемпоральна геміанопсія. Впродовж 2-х років хвора лікувалась окулістами амбулаторно та стаціонарно, але зір прогресивно падав. Консультація офтальмолога: гострота зору OD=0,02, OS= 0,03, виражена первинна атрофія зорових нервів. Який допоміжний метод обстеження може допомогти у постановці діагнозу?

А. Рентгенографія черепа - у цьому випадку, пацієнтка має клінічну картину, яка вказує на можливу патологію в області гіпофіза або супраселярної області, наприклад, аденому гіпофіза, яка здавлює зорові нерви (chiasma opticum), викликаючи бітемпоральну геміанопсію та атрофію зорових нервів. Рентгенографія турецького сідла є базовим методом діагностики у випадках, підозрюваних на патологію гіпофіза. Вона дозволяє виявити розширення турецького сідла, ознаки руйнування кісткових структур (якщо це аденома чи інша патологія, яка викликає тиск на хіазму зорових нервів), зміни у формі або розмірах турецького сідла, характерні для аденоми.

В. Пневмоенцефалографія - цей метод дослідження (введення повітря в субарахноїдальний простір) використовується для візуалізації мозкових

структур, але є застарілим, інвазивним і менш інформативним у порівнянні з КТ чи МРТ.

С. Дослідження ліквору - люмбальна пункция та дослідження ліквору проводяться для оцінки інфекційних, запальних або онкологічних процесів у центральній нервовій системі. У цьому випадку симптоми не вказують на ці патології.

Д. Електроенцефалографія - ЕЕГ використовується для діагностики епілепсії та інших порушень електричної активності мозку. Вона не підходить для оцінки структурних уражень турецького сідла або зорових нервів.

Е. Ехоенцефалографія - це ультразвуковий метод, який дозволяє оцінити ультразвукову щільність внутрішньочерепного вмісту та серединні структури мозку. Вона не підходить для оцінки структурних уражень турецького сідла або зорових нервів.