

**ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



ЗАТВЕРДЖУЮ

**Проректор з наукової роботи
ПВНЗ «Київський медичний
університет»**

Юрій П'ЯТНИЦЬКИЙ

27 грудня 2024 р.

**МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ
до проведення іспиту до аспірантури
за спеціальністю «Медицина»,
наукова спеціальність 14.01.15 - «Нервові хвороби»**

КИЇВ -- 2024

РОЗРОБНИКИ ПРОГРАМИ:

Оксана КОПЧАК, доктор медичних наук, професор,

Завідувач кафедри неврології, психіатрії та фізичної реабілітації

Тетяна ОДІНЦОВА, доктор філософії, доцент,

Завуч кафедри неврології, психіатрії та фізичної реабілітації

Обговорено та затверджено на засіданні кафедри неврології, психіатрії та фізичної реабілітації «7» серпня 2024 р. (протокол №1 від 07.08.2024)

МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО ПРОВЕДЕННЯ ІСПИТУ ДО АСПІРАНТУРИ

Методичні матеріали до проведення іспиту до аспірантури за спеціальністю «Медицини» (наукова спеціальність «Нервові хвороби») для осіб, які, вступаючи до Приватного вищого навчального закладу «Київський медичний університет», беруть участь у конкурсному відборі на здобуття ступеня доктора філософії за напрямом підготовки 22 «Охорона здоров'я» (спеціальності 222 «Медицина», 14.01.15 – «нервові хвороби»), розроблена з урахуванням вимог Порядку підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії та доктора наук у закладах вищої освіти (наукових установах), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23.03.2016 № 261, Порядку прийому на навчання для здобуття вищої освіти в 2023 році, затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України від 06. 03. 2024 №266 (зі змінами), Правил прийому до аспірантури ПВНЗ «Київський медичний університет» у 2024 році (додаток 2 до Правил прийому на навчання для здобуття вищої освіти у ПВНЗ «Київський медичний університет» в 2024 році (зі змінами), введений в дію наказом ПВНЗ «Київський медичний університет» від 26.06.2024 № 245).

Методичні матеріали складені в обсязі навчальних програм освітнього рівня магістра відповідної спеціальності для закладів вищої освіти. Програма містить перелік основних питань з медицини за спеціальністю «нервові хвороби», які дозволяють претендентам на здобуття ступеня доктора філософії опанувати комплексом необхідних і обов'язкових знань, основних понять і категорій.

Мета вступного випробування полягає у визначенні рівня знань з медицини, сформованих у вищій школі; глибини методичної підготовки здобувача, його наукового і культурного світогляду, здатності самостійно займатися науково-дослідницькою діяльністю.

Термін, на який розраховане фахове випробування, складає 3 години.

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ

1. Історія розвитку неврології. Вітчизняні та зарубіжні неврологічні школи. Сучасні напрямки розвитку неврологічної науки.
2. Головні етапи філо- і онтогенезу нервової системи. Структурна та функціональна одиниця нервової системи.
3. Основні принципи будови та функціонування нервової системи.
4. Основні анатомо-топографічні рівні нервової системи, їх будова та функція.
5. Поняття про рецепцію та чутливість. Вчення І.П. Павлова про аналізатори. Будова аналізатора.
6. Класифікація чутливості.
7. Особливості ходу волокон поверхневої та глибокої чутливості.
8. Види та типи чутливих розладів.
9. Синдроми ураження чутливих шляхів на різних рівнях.
10. Ноцицептивні та антиноцицептивні системи мозку.
11. Рефлекси. Класифікація безумовних рефлексів. Рефлекторна дуга, її будова та функції. Сегментарно-рефлекторний апарат спинного мозку та мозкового стовбуру.
12. М'язовий тонус. Забезпечення та регуляція м'язового тонусу.
13. Пірамідна система. Особливості її будови. Функції пірамідної системи.
14. Патологічні рефлекси, їх біогенетична характеристика, значення в діагностиці уражень нервової системи.
15. Клінічна характеристика центрального паралічу, патомеханізм виникнення його симптомів.
16. Периферичний параліч, клінічна характеристика, патомеханізм виникнення його симптомів.
17. Синдроми ураження кірково-м'язового шляху на різних рівнях.
18. Анатомія екстрапірамідної системи. Зв'язки екстрапірамідної системи з іншими відділами головного та спинного мозку.
19. Фізіологія екстрапірамідної системи. Її участь в забезпеченні безумовних рефлексів, реалізації стереотипних автоматизованих рухів, готовності м'язів до дії.
20. Біохімія екстрапірамідної системи. Сучасні уявлення про обмін та концентрацію катехоламінів в пігмостріарній системі.
21. Синдроми ураження екстрапірамідної системи. Патомеханізм виникнення їх симптомів.
22. Основні принципи корекції екстрапірамідних розладів.

- 23.Анатомо-фізіологічні особливості мозочка. Зв'язки мозочка з різними відділами головного та спинного мозку. Аферентні та еферентні шляхи мозочка.
- 24.Функції мозочка.
- 25.Синдроми ураження мозочка. Види атаксій.
- 26.Анатомія нюхового та зорового аналізаторів.
- 27.Патологія нюхового аналізатора.
- 28.Патологія зорового аналізатора. Амавроз, амбліопія, геміанопсія (її види). Зорова агнозія. Синдроми подразнення кіркового відділу зорового аналізатора.
- 29.Відмінність трактусової від кіркової геміанопсій.
- 30.Зміни очного дна за наявності неврологічних захворювань.
- 31.Група окоорухових нервів. Анатомо-фізіологічні дані (ядра, корінці, нерви).
- 32.Патологія III, IV, VI пар черепних нервів.
- 33.Альтернуючі синдроми Вебера та Бенедикта.
- 34.Вегетативна іннервація ока. Синдром Бернара-Горнера. Синдром Аргайля Робертсона.
- 35.Іннервація погляду, патологія V, VII, VIII пари черепних нервів (анатомо-фізіологічні дані).
- 36.Патологія V, VII пар черепних нервів. Периферичний та центральний паралічі м'язів. Альтернуючі синдроми Міяр-Гублера та Фовіля.
- 37.Слуховий та вестибулярний аналізатори.
- 38.Слухові та вестибулярні порушення при ураженні аналізаторів на різних рівнях. Камертонні проби Вебера, Рінне.
- 39.Нерви мосто-мозочкового кута. Синдром ураження мосто-мозочкового кута.
- 40.Бульбарна група черепних нервів (анатомо-фізіологічні дані).
- 41.Патологія IX, X, XI, XII пар черепних нервів.
- 42.Бульбарний та псевдобульбарний синдроми.
- 43.Альтернуючі синдроми Авеліса, Шмідта, Джексона, Валенберга-Захарченка.
- 44.Будова півкуль головного мозку. Цито-і мієлоархітектоніка кори.
- 45.Локалізація функцій в корі головного мозку.
- 46.Поняття про функціональну асиметрію півкуль, комплементарність півкуль.
- 47.Синдроми ураження та подразнення окремих часток півкуль головного мозку.
- 48.Розлади вищих мозкових функцій: гнозису, праксису, мови.

- 49.Анатомо-фізіологічні особливості та функції автономної нервової системи.
- 50.Надсегментарний відділ автономної системи, його будова, функції та патологія.
- 51.Сегментарний відділ автономної нервової системи (симпатичний та парасимпатичний), будова та функції.
- 52.Синдроми ураження сегментарного парасимпатичного відділу автономної нервової системи.
- 53.Синдроми ураження сегментарного симпатичного відділу автономної нервової системи.
- 54.Рівні регуляції тазових функцій та їх розлади. Неврогенні форми порушення сечовиділення.
- 55.Склад спинномозкової рідини в нормі та у разі патології. Менінгеальний та гіпертензивний синдром.
- 56.Основні топічні неврологічні синдроми.
- 57.Послідовність обстеження неврологічного хворого.
- 58.Поняття топічного діагнозу, його обґрунтування.
- 59.Принципи проведення диференціального діагнозу.
- 60.Розгорнутий клінічний діагноз.
- 61.Прогноз захворювання та рекомендації хворому.
- 62.Електрофізіологічні, рентгенологічні та ультразвукові методи дослідження в клініці нервових хвороб.
- 63.Нейровізуалізаційні методи дослідження в клініці нервових хвороб.
- 64.Кровопостачання головного та спинного мозку.
- 65.Механізми ауторегуляції мозкового кровообігу. Синдроми, що виникають при зриві реакції ауторегуляції мозкового кровообігу.
- 66.Класифікація судинних захворювань головного та спинного мозку.
- 67.Початкові прояви недостатності мозкового кровопостачання.
- 68.Сучасні погляди на патогенез минулих порушень мозкового кровообігу.
- 69.Клініка, профілактика, лікування минулих порушень мозкового кровообігу.
- 70.Гостра гіпертонічна енцефалопатія. Клініка. Лікування.
- 71.Повільно прогресуючі порушення мозкового та спінального кровообігу. Клінічні прояви. Лікування. Профілактика.
- 72.Ішемічний інсульт. Види ішемічного інсульту. Етіологія. Патогенез. Клінічні прояви. Діагностика. Профілактика. Лікування.
- 73.Геморагічний інсульт. Етіологія. Патогенез. Клінічні прояви. Діагностика. Профілактика. Лікування.
- 74.Анатомо-фізіологічні особливості кровопостачання спинного мозку. Гострі та повільно прогресуючі порушення спінального кровообігу.

75. Закрита травма головного та спинного мозку. Патогенез. Клініка. Діагностика. Лікування.
76. Пухлини головного мозку. Класифікація (топічна та патогістологічна). Клініка. Діагностика. Лікування.
77. Пухлини спинного мозку. Класифікація. Клінічні прояви екстрамедулярних та інтрамедулярних пухлин. Діагностика. Лікування.
78. Екзогенні нейроінтоксикації. Клінічні форми, прояви, діагностика, лікування. Ботулізм. Харчові отруєння.
79. Ураження нервової системи при дії фізичних факторів. Вібраційна хвороба. Радіаційні порушення нервової системи.
80. Менінгіт. Класифікація. Шляхи проникнення збудника менінгіту в ліквор.
81. Оболонковий (менінгеальний) синдром та його прояви (загально мозкові симптоми та власне оболонкові). Характеристика синдромів інфекційного захворювання та запальних змін в лікворі при менінгітах.
82. Етіологія, патогенез, клінічні форми, діагностика та лікування менінгококового менінгіту.
83. Ускладнення при менінгококовому менінгіті. Віддалені наслідки менінгококового менінгіту.
84. Етіологія, патогенез, клінічні прояви, діагностика та лікування вторинних гнійних менінгітів (пневмококовий, інфлюєнца-менінгіт, стафілококовий, стрептококовий).
85. Туберкульозний менінгіт. Етіологія, патогенез, особливості клінічних проявів. Діагностика. Лікування.
86. Вірусні менінгіти (ентеровірусні, паротитний, грипоznий, герпетичний та інші). Патогенез, клінічні прояви. Діагностика. Лікування.
87. Класифікація енцефаліту. Загально-інфекційні, загально-мозкові та вогнищеві симптоми при енцефалітах.
88. Арбовірусні енцефаліти. Шляхи зараження при арбовірусних енцефалітах. Кліщовий енцефаліт. Етіологія. Патогенез. Клінічні форми. Діагностика. Лікування та профілактика.
89. Епідемічний енцефаліт Економо. Патогенез. Клінічні прояви гострої та хронічної стадій. Клінічні форми гострої стадії.
90. Ентеровірусні енцефаліти. Клінічні прояви. Діагностика. Лікування.
91. Герпетичний енцефаліт. Патогенез. Клінічні прояви. Лікування.
92. Ураження нервової системи за наявності грипу. Грипоznий енцефаліт. Патогенез. Клініка. Діагностика. Лікування.
93. Абсцес головного мозку. Етіологія. Патогенез. Клініка. Діагностика. Лікування.
94. Поствакцинальні енцефаліти. Патогенез. Клініка. Лікування.

95. Ревматичний енцефаліт. Патогенез. Клінічні прояви. Мала хорія. Лікування.
96. Гострий передній поліомієліт. Етіологія. Патогенез. Клінічні форми паралітичного та непаралітичного поліомієліту. Профілактика. Лікування.
97. Мієліт. Етіологія. Патогенез. Клініка. Лікування.
98. Паразитарні захворювання нервової системи. Етіологія. Клінічні прояви. Діагностика. Лікування.
99. Нейробореліоз (хвороба Лайма). Етіологія, діагностика, клінічні прояви, профілактика, лікування.
100. Ураження нервової системи за наявності ВІЛ-інфекції. СНІД - деменція, гострий менінгоенцефаліт, атипичний асептичний менінгіт, мієлопатія, ураження периферичної нервової системи. Пухлини та порушення мозкового кровообігу при СНІДі.
101. Герпетичні ураження нервової системи.
102. Нейросифіліс. Клінічні форми. Діагностика. Лікування.
103. Пріонові інфекції. Хвороба Крейтцфельдта-Якоба.
104. Патогенез розсіяного склерозу. Клінічні прояви, перебіг, стадії, діагностика. Сучасні методи лікування розсіяного склерозу.
105. Гострий розсіяний енцефаломієліт. Етіологія. Патогенез. Клініка. Лікування.
106. Бічний аміотрофічний склероз. Патогенез. Клінічні форми. Лікування.
107. Перинатальні та натальні ураження нервової системи.
108. Дитячий церебральний параліч, етіологія, патогенез, клінічні форми, лікування.
109. Види та нозологічні форми головного болю. Етіологія. Клініка. Діагностика. Невідкладна допомога.
110. Мігрень, клінічні форми, діагностика, лікування. Пучковий головний біль. Головний біль напруження.
111. Класифікація захворювань периферичної нервової системи.
112. Невропатії черепних та спінальних нервів. Етіологія. Патогенез. Клінічні прояви. Лікування.
113. Компресійно-ішемічні мононевропатії на верхніх та нижніх кінцівках.
114. Невралгії: тригемінальна, крилопіднебінного вузла. Етіологія. Патогенез. Клінічні прояви. Діагностика. Лікування.
115. Етіологія поліневропатій. Клінічні прояви. Діагностика. Лікування.

116. Особливості алкогольної, діабетичної та післядифтерійної полінейропатій.
117. Вертеброгенні ураження периферичної нервової системи (рефлекторні, корінцеві та корінцево-судинні синдроми шийного, грудного та попереково-крижового рівнів). Клінічні прояви. Діагностика. Лікування.
118. Види плексопатій. Етіологія та різновидності плечової плексопатії. Клінічні прояви. Лікування.
119. Епілепсія. Класифікація епілепсії та епілептичних нападів. Діагностика епілепсії. Епілептичний статус. Лікування епілепсії та епілептичного статусу
120. Неепілептичні пароксизмальні стани в неврології, діагностика, невідкладна допомога

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1. Хворий, 65 років, скаржиться на періодичну слабкість у лівих кінцівках, яка триває від 30—40 хв до 2 год. На момент огляду вогнищевої патології з боку нервової системи не виявлено. Під час МРТ і КТ головного мозку гіподенсивних вогнищ не виявлено. АТ — 140/95 мм рт. ст. З анамнезу відомо, що хворий страждає на гіпертонічну хворобу. Який діагноз найбільш ймовірний?

2. У хворого, 45 років, на фоні високих цифр артеріального тиску після фізичного та емоційного перенапруження несподівано розвинулася непритомність, з'явилося блювання. Об'єктивно: хворий у коматозному стані, обличчя багряного кольору, температура тіла — 39°C, АТ — 200//100 мм рт. ст., лівобічна геміплегія. Про яку патологію слід думати насамперед?

3. У пацієнта з фібриляцією передсердь несподівано розвинулися моторна афазія, легкий центральний монопарез правої руки, головний біль, запаморочення. На КТ головного мозку на 2-у добу визначається гіподенсивне вогнище ураження речовини головного мозку. Який найвірогідніший діагноз?

4. У хворого, 38 років, раптово виник головний біль, що супроводжувався нудотою, блюванням, порушенням свідомості. Об'єктивно: пульс — 94 за 1 хв, напружений, АТ — 190/130 мм рт. ст. Шкіра обличчя червоного кольору. На запитання відповідає односкладно. Черепні нерви не уражені, рухових розладів немає. Виявляються ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга і Брудзінського. Спинномозкова рідина містить кров. Який найбільш ймовірний діагноз?

5. У чоловіка, 55 років, раптово на роботі з'явилися сильний головний біль з переважною локалізацією у потилиці, нудота, блювання. Об'єктивно: чіткі менінгеальні симптоми. Ліквор кров'янистий. Який препарат слід застосувати для профілактики вторинних ішемічних ускладнень?

5. У хворої, 60 років, після фізичного перевантаження раптово розвинулися слабкість та оніміння у ногах. Під час неврологічного огляду виявлено нижній центральний парапарез із сфінктерними розладами, порушення поверхневої чутливості з рівня Т6. При селективній спінальній

ангіографії на рівні Т3 —Т12 виявлена артеріовенозна мальформація вентролатеральної локалізації. Про яку патологію слід думати у першу чергу?

7. Пацієнтка, 63 років, яка хворіє на цукровий діабет II типу 11 років, скаржиться на оніміння і слабкість у ногах, гіпотрофію м'язів гомілок. Наведені симптоми з'явилися поступово протягом останніх 2—3 років. У неврологічному статусі: зниження м'язової сили в дистальних відділах ніг, гіпорексія нижніх кінцівок, вегетативно-трофічні розлади і гіпестезія вібраційної та больової чутливості в стопах. Знижений піломоторний рефлекс у ділянці гомілок. Рівень глюкози в крові— 7,8 ммоль/л, гліколізованого гемоглобіну — 6,9 ммоль/л. Який попередній діагноз?

8. У пацієнта, 42 років, водія, після переохолодження виникли гострий біль у грудній клітці оперізувального характеру, більше ліворуч, під лівою лопаткою, а також печіння і свербіж шкіри в підлопатковій ділянці. Об'єктивно: на шкірі у ділянці проекції міжребрових проміжків і підлопаткової ділянки ліворуч визначається масивний герпетичний висип. Визначена зона гіперестезії по бічній і задній поверхні грудної клітки ліворуч на рівні Т6—Т8. Пацієнту встановлено діагноз гострого гангліоніту з рівнем ураження Т6—Т8 ліворуч, який супроводжується вираженим больовим синдромом. Яке патогенетичне лікування необхідно призначити у перші дні?

9. Хворий, 36 років, шахтар, після підняття тягаря відчув гострий біль у попереку з іррадіацією в ліву ногу, відчуття повзання мурашок по лівій нозі. В анамнезі — упродовж 7 років страждає на хронічний попереково-крижовий радикуліт з періодичним загостренням. У неврологічному статусі: колінні рефлекси рівномірно активні, лівий ахілловий рефлекс відсутній, під час ходьби кульгає на ліву ногу, виражене напруження м'язів спини, рухи в поперековому відділі хребта різко обмежені через біль. Знижена больова чутливість по зовнішньому краю лівої стопи і гомілки. Симптом Ласега позитивний зліва під кутом 30°. На рентгенограмі хребта — остеохондроз. Встановіть діагноз.

10. У хворого, 40 років, через 1 міс. після перелому правої гомілки у нижній третині розвинулася слабкість правої ступні, з'явилось оніміння та відчуття повзання мурашок. До лікаря не звертався. Через 3 міс. відмітив, що

права ступня “шлапає” під час ходьби. М’язова сила в правій ступні знижена до 2,5 бали, знижена чутливість по передньо-внутрішньому краю правої ступні. Встановлено попередній діагноз: посттравматична нейропатія правого малогомілкового нерва, виражений парез правої ступні. Який діагностичний метод слід застосовувати для підтвердження діагнозу?

11. Хворого, 35 років, госпіталізували до інфекційної лікарні за направленням сімейного лікаря зі скаргами на головний біль, запаморочення, нудоту, періодичне блювання, підвищення температури тіла до 37,8 °С. Зазначені скарги турбують близько 3 тиж. поступово наростаючи. Протягом 10 років хворий вживав ін’єкційні наркотики. Об’єктивно: різка астенизація, лімфоаденопатія, позитивні менінгеальні знаки, субфебрильна температура тіла. Ліквор ксантохромний, рівень глюкози — 0,5 ммоль/л, лімфоцитоз (200 клітин в 1 мкл). При мікроскопії ліквора після фарбування тушшю визначаються дрібні коки. Який діагноз найбільш вірогідний?

12. Хвору, 45 років, доставлено до приймального відділення. Захворіла раптово тиждень тому, перенесла ГРВІ. Об’єктивно: сопор, періодичний руховий неспокій, температура тіла 39 °С. Горизонтальний ністагм, розбіжна косоокість, опущений лівий кут рота. Позитивний губний рефлекс Бехтерева, черевні рефлекси не викликаються. Ригідність потиличних м’язів, синдром Керніга позитивний. Під час огляду стався судомний напад. У спинномозковій рідині — лімфоцитарний плеоцитоз. Встановіть попередній діагноз.

13. У дитини, 7 років, восени після переохолодження на тлі хронічного тонзиліту з’явилися дратівливість, плаксивість, гіперактивність. Незабаром приєдналися насильницькі рухи — неритмічні хаотичні рухи кінцівок, мимовільні гримаси на тлі м’язової гіпотонії, вегетативної дисфункції, субфебрильної температури тіла. Визначте найбільш вірогідний діагноз.

14. Хворий, 48 років, звернув увагу на висип на слизовій оболонці порожнини рота. Через 2 дні приєдналися підвищення температури тіла, головний біль, блювання, нюхові і смакові галюцинації, порушення пам’яті. Кілька разів розвивалися генералізовані епілептичні напади. Під час огляду виявлено аносмію, елементи моторної афазії, правобічний геміпарез, ригідність потиличних м’язів. Додаткові дослідження: ліквор — підвищення

тиску до 350 мм вод. ст., лімфоцитарно-нейтрофільний плеоцитоз (150 клітин в 1 мкл); незначне збільшення рівня білка — 0,56 г/л. КТ — дифузний набряк мозкової тканини. Серологічні дослідження — специфічні противірусні антитіла у лікворі. Визначте найбільш вірогідний діагноз.

15. Хвора, 19 років, скаржиться на головний біль, нудоту, блювання, підвищення температури тіла до 38 °С. З анамнезу: 3 дні тому видавила гнояк біля крила носа. Під час огляду: набряклість щоки, озноб, блювання, порушення свідомості, шкіра обличчя багряно-синюшна, зіниці широкі, хемоз повік, екзофтальм, офтальмоплегічний синдром зліва. Слабопозитивний менінгеальний симптомокомплекс. Очне дно: диски зорових нервів — межі стушовані, вени широкі, напружені, дрібні крововиливи в сітківку. Аналіз крові: лейкоцитоз 15×10^9 /л, ШОЕ — 65 мм. Визначте найбільш вірогідний діагноз.

16. Хворий, 12 років, скаржиться на різкий головний біль, несистемне запаморочення, нудоту, блювання, підвищення температури тіла до 39 °С, сильний біль у всіх м'язах, слабкість у всьому тілі, особливо в руках. З анамнезу відомо, що 2 тиж. тому приїхав із села від бабусі, де споживав сире козине молоко, сир і масло. У неврологічному статусі: менінгеальні симптоми, мляві паралічі м'язів шиї ("звисла голова") і проксимальних відділів рук. Аналіз крові: лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом, збільшена ШОЕ. Ліквор — підвищення тиску до 300 мм вод. ст.; лімфоцитарний плеоцитоз - 270 клітин у полі зору; підвищення рівня білка до 0,63 г/л. Визначте найбільш вірогідний діагноз.

17. Хворий, 17 років, скаржиться на головний біль, блювання, двоїння в очах. Захворів 10 днів тому. Захворювання розвинулось поступово на фоні підвищеної температури тіла (37,6—38,1 °С). Об'єктивно: АТ — 110/80 мм рт. ст. У легенях вислуховується везикулярне дихання. Визначається ригідність потиличних м'язів, болючість при натисканні на очні яблука, верхній симптом Брудзінського. Ліва очна щілина звужена. Ліва зіниця ширша, ніж права. Розбіжна косоокість. Правобічна анізорефлексія. Патологічні рефлекси не викликаються. Координація не порушена. Виражений гіпергідроз, плями Труссо. При люмбальній пункції — цитоз (670 клітин у полі зору), рівень

глюкози — 1 ммоль/л; при відстоюванні спинномозкової рідини випала ніжна павутиноподібна плівка. Сформулюйте клінічний діагноз.

18. Хворий, 5 років, скаржиться на різкий головний біль, запаморочення, нудоту, блювання, підвищення температури до 39 °С, слабкість у всьому тілі. З анамнезу відомо, що 2 дні тому у дитячому садку грався з хлопчиком, який вчора захворів на фарингіт. У неврологічному статусі: менінгеальні симптоми, загальмованість, на шкірі — геморагічний висип. Аналіз крові: лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом, збільшена ШОЕ. Ліквор — підвищення тиску до 300 мм вод. ст.; нейтрофільний плеоцитоз — 270 клітин у полі зору; підвищення білка до 0,63 г/л, виявлено збудника. Що входить до складу етіотропної терапії у такому випадку?

19. Пацієнт, 32 років, декілька років тому переніс захворювання з високою температурою тіла, дифузним головним болем, підвищеною сонливістю, короткотривалим двоїнням. Під час огляду: слабкість конвергенції, відсутність реакції зіниць на конвергенцію, прямі та співдружні фотореакції збережені. Обличчя сальне, гіпомімічне, гіперсалівація. М'язовий тонус підвищений за пластичним типом в усіх групах м'язів, брадикінезія. При огляді хворого привертає увагу дрібноамплітудний тремор у правій верхній кінцівці. Мова хворого тиха, монотонна. Хворий нав'язливий, багато разів перепитує рекомендації лікаря. Вкажіть, який патогномонічний синдром допомагає визначити правильний діагноз.

20. Хворий, 26 років, ВІЛ-інфікований. Скаржився на інтенсивний головний біль. Об'єктивно було виявлено: дизартрію, атаксію в правих кінцівках, лівобічну геміплегію, клініко-рентгенологічні ознаки двобічної пневмонії. МРТ: множинні вогнищеві зміни великих півкуль головного мозку та мозочка. Аналіз спинномозкової рідини: білок — 0,9 г/л, нейтрофіли — 11 мм, рівень глюкози — 2,2 г/л. Стан прогресивно погіршувався. Хворий помер. Дані аутопсії: ВІЛ-інфекція. Токсоплазмоз головного мозку. Двобічна полісегментарна проміжна пневмонія неуточненої етіології. Кахексія. Смерть хворого настала від СНІДу та вторинних захворювань. Яке із вторинних захворювань стало домінуючим?

21. Хвора, 51 року, скаржиться на головний біль і сонливість, періодичні напади запаморочення з неприємним відчуттям у надчеревній ділянці, часті випадки субфебрилітету. До 15-річного віку проживала у радгоспі, що спеціалізувався на розведенні свиней. Неврологічний статус: астенізована; біль при рухах очними яблуками; викликаються рефлекси орального автоматизму; сухожилкові та періостальні рефлекси жваві, вищі праворуч; у позі Ромберга погойдується; пальце-носову пробу виконує нечітко, гірше — праворуч; чутливі розлади мають мозаїчний малюнок. КТ головного мозку: цистицеркоз. Яке специфічне дообстеження рекомендовано провести?

22. Хвора, 48 років, робітниця тваринної ферми, потрапила до неврологічної клініки за направленням сімейного лікаря з діагнозом: *tumor cerebri*? Скарги на відчуття тяжкості в правому підребер'ї, слабкість у лівих кінцівках, постійний головний біль, що посилюється в ранкові години, зниження пам'яті, різку загальну слабкість. Об'єктивно: легкий лівобічний геміпарез. При УЗД печінки визначається багатокамерне округле утворення розміром 8x5 см. При СКТ головного мозку в правій гемісфері визначається округле неоднорідне двокамерне утворення. Реакція Каццоні позитивна. Який діагноз слід запідозрити в першу чергу?

23. У хворого, 25 років, протягом 2 тиж. нарастають гарячка, головний біль, двоїння під час погляду в різні боки. Об'єктивно: психомоторне збудження, менінгеальний синдром. Зіниці однакові, фотореакція збережена, парез правого відвідного нерва. Парезів, паралічів кінцівок немає. Дані КТ і МРТ: вогнищеве ураження головного мозку не виявлене. Ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску, збільшення об'єму шлуночків. У сироватці крові визначається криптококовий антиген. Які додаткові дослідження необхідно провести для встановлення точного діагнозу?

24. У хворого, 25 років, на тлі гарячки та психомоторного збудження визначається менінгеальний синдром. У сироватці крові виявлено криптококовий антиген. Проведено дослідження спинномозкової рідини: білок — 3 г/л, цитоз — 150 клітин (лімфоцити — 40 %, моноцити — 20%); виявлено криптококовий антиген. Який точний діагноз встановлено хворому?

25. Хвора, 42 років, ВІЛ-інфікована, протягом 4 міс. спостерігалась у невролога з приводу погіршення пам'яті та уваги, хиткості під час ходьби. Регулярно приймала ноотропні препарати, однак когнітивні порушення наростали, погіршувалася ходьба, знизилася здатність концентрувати увагу. Під час об'єктивного обстеження виявлено кіркову атаксію (астазію-абазію), центральний тетрапарез, більше виражений у ногах. Під час МРТ виявлено дифузне ураження глибоких шарів білої речовини (зони гіперінтенсивності), виражену атрофію мозку. У сироватці крові підвищена кількість кість лімфоцитів. Яке захворювання можна припустити у хворої?

26. Хворий, 30 років, скаржиться на біль і порушення чутливості в ділянці ступнів. З анамнезу виявлено, що хворий перебуває на обліку як ВІЛ-інфікований. Об'єктивно: порушення больової та вібраційної чутливості за поліневритичним типом з тактильною аллодинією (контактна гіперестезія). Відсутні ахіллові рефлекси. Електроміографія виявляє аксональний тип нейропатії. Який діагноз у хворого?

27. Хворий, 27 років, госпіталізований у лікарню з діагнозом "гостре порушення мозкового кровообігу в басейні лівої середньої мозкової артерії". Під час огляду: скарги на порушення мовлення та слабкість у правих кінцівках. Об'єктивно: дезорієнтований у часі та власній особистості, моторна афазія, мляві знічні реакції, центральний правобічний геміпарез і гемігіпестезія. Цереброспінальна рідина — плеоцитоз до 50 клітин у 1 мкл і незначне підвищення рівня білка. Реакція Вассермана ++++ у крові та лікворі. Дерматолог діагностував сифіліс. На КТ головного мозку виявлено вогнище зниженої щільності в лівій гемісфері. Який імовірний діагноз?

28. Хворий, 44 років, госпіталізований у стані оглушення та дезорієнтації в часі і просторі. Об'єктивно: змішана сенсомоторна афазія, правобічний центральний геміпарез і позитивний симптом Керніга з обох боків. На очному дні — застійні диски зорових нервів. У лікворі виявлено позитивні серологічні реакції (реакція Вассерманна, РІБТ і РІФ). КТ головного мозку — вогнище підвищеної щільності в лівій тім'яній частці, що має овальні обриси і досить чіткі межі, яке було розцінено як геморагічний інсульт, а після одержання результатів серологічних реакцій — як крововилив у сифілітичну гумму мозку. Який імовірний діагноз? Яка тактика лікування?

29. Хворий, 46 років, скаржиться на хиткість ходи. 10 років тому лікувався з приводу сифілісу. Під час огляду: зниження глибокої чутливості в ногах, «штампувальна хода» гіпотонія м'язів ніг. На очному дні — сіра атрофія дисків зорових нервів, при периметрії — скотоми на зеленій колір. У лікворі — підвищення лікворного тиску, білок — 0,14 г/л, цитоз — 120 в 1 мкл. У лікворі та крові виявлено позитивні серологічні реакції на сифіліс. Який імовірний діагноз?

30. Хворий, 34 років, який страждає на легеневу форму туберкульозу, госпіталізований у тяжкому стані: стогне від головного болю, лежить із закинутою головою, руки зігнуті, ноги приведені до живота, відвертається від джерела світла, інструкції виконує частково. В анамнезі: туберкулостатичну терапію приймав нерегулярно, зловживав алкоголем. Близько 7 днів тому з'явився головний біль, розвинулася різка загальна слабкість, 3 дні тому — слабкість правих кінцівок, двоїння, хиткість ходи, спонтанне блювання. Об'єктивно: температура тіла 38,2 °С, АТ — 110/70 мм рт. ст., тахікардія. Виражений менінгеальний синдром, окорухові розлади, правобічний геміпарез. У спинномозковій рідині — 380 клітин (лімфоцити — 90 %), білок — 2,5 г/л, глюкоза — 0,9 ммоль/л, хлориди — 98 г/л, через 24 год на поверхні ліквору утворилася тонка фібринова плівка, в якій під час мікроскопії було виявлено мікобактерії туберкульозу. Який імовірний діагноз?

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ

Бали	ECTS	
200-180	A	Оцінка Відмінно виставляється у випадку, коли претендент під час співбесіди та виконання отриманого завдання відповів на всі поставлені екзаменаторами запитання з дисципліни у повному обсязі, може проілюструвати відповіді різноманітними прикладами; дає вичерпні, точні та ясні відповіді без будь-яких навідних питань; викладає матеріал без помилок. В межах діапазону балів оцінювання відбувається з урахуванням окремих несуттєвих неточностей.
179-170 169-160	B D	Оцінка Добре виставляється за умови, коли претендент під час співбесіди та виконання отриманого завдання добре відповідає і добре розуміє всі поставлені екзаменаторами запитання з дисципліни, відповіді на питання викладає правильно, послідовно та систематично, але вони не є вичерпними, хоча на додаткові питання претендент відповідає без помилок. В межах діапазону балів оцінювання відбувається з урахуванням окремих допущених помилок.
159-141 140-120	C E	Оцінка Задовільно ставиться претендента на основі його знань всього змісту поставлених екзаменаторами під час співбесіди запитань, виконав отримане завдання і продемонстрував задовільний рівень розуміння та вмінь. Відчуваючи складнощі у простих випадках; не спроможний самостійно систематично викласти відповідь, але на прямо поставлені запитання відповідає правильно. В межах діапазону балів оцінювання відбувається з урахуванням кількості допущених помилок.
119-100	Fx	Оцінка Незадовільно виставляється у випадках, коли знання і вміння претендента не відповідають вимогам «задовільної» оцінки.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. І.А. Григорова, Л.І. Соколова, Р.Д. Герасимчук та ін.; за редакцією І.А. Григорової, Л.І. Соколової. Неврологія: підручник, 3-є видання. – Медицина. – 2020.
2. Неврологія з нейростоматологією: Навчальний посібник для медичних ВНЗ. За ред. Л.І. Соколової, Т.І. Ілляш. – Медицина. – 2018.
3. Кареліна, Т. І. Неврологія [: підручник / Т. І. Кареліна, Н. М. Касевич; ред. Н. В. Литвиненко. - 2-е вид., випр. - Київ : Медицина, 2017.
4. Методи обстеження неврологічного хворого: Навч. посіб. для мед. ВНЗ III—IV р.а. Рекомендовано ВР НМУ ім. О.О. Богомольця / За ред. Л.І. Соколової, Т.І. Ілляш. — К., 2015. — 144 с.
5. Корчак О.О., Vachinska N.Yu. Clinical Neurology: course of lectures. – Київ: «КНИГА -ПЛЮС», 2021. – 192с.
6. Hal Blumenfeld. Neuroanatomy through Clinical Cases, 3rd Edition. - Sinauer Associates is an imprint of Oxford University Press. – 2021.
7. Michael O'Brien. Aids to the Examination of the Peripheral Nervous System, 5th Edition. – Saunders. – 2010.
8. Kelly D Flemming, Lyell K Jones. Mayo Clinic Neurology Board Review (SET) (Mayo Clinic Scientific Press), 1st Edition. – Oxford University Press. – 2015.
9. Joseph Jankovic, John C. Mazziotta, Scott L. Pomeroy, Nancy J. Newman. Bradley and Daroff's Neurology in Clinical Practice, 2-Volume Set (Bradley's Neurology in Clinical Practice), 8th Edition. – Elsevier. 2021.
10. John Burst. CURRENT Diagnosis & Treatment Neurology, Third Edition. – McGraw-Hill Education / Medical. – 2019.

11. Edwin Wan. Cellular and Molecular Mechanisms in Pathogenesis of Multiple Sclerosis. – Mdpi AG. – 2020.
12. Syed A. Rizvi, Jonathan F. Cahill, Patricia K. Coyle. Clinical Neuroimmunology: Multiple Sclerosis and Related Disorders (Current Clinical Neurology), 2nd Edition. – Humana. – 2019.
13. Gary L. Birnbaum. Multiple Sclerosis: Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment (Oxford American Neurology Library), 2nd Edition. - Oxford University Press. – 2013.
14. Anne G. Osborn, Kathleen B. Digre. Imaging in Neurology, 1st Edition. – AMIRSYS. – 2016.
15. Rohini Nadgir, David M. Yousem. Neuroradiology: The Requisites (Requisites in Radiology), 4th Edition. – Elsevier. – 2016.
16. Honorio Benzon, James P. Rathmell, Christopher L. Wu, Dennis Turk, Charles E. Argoff, Robert W. Hurley. Practical Management of Pain, 5th Edition. – Mosby. – 2013.
17. Michel Ferrari, Andrew Charles, David Dodick, Fumihiko Sakai, Joost Haan. Oxford Textbook of Headache Syndromes (Oxford Textbooks in Clinical Neurology), 1st Edition. – Oxford University Press. – 2020.
18. Eelco F.M. Wijdicks. The Practice of Emergency and Critical Care Neurology, 2nd Edition. – Oxford University Press. – 2016.
19. Tom Solomon. Case Studies in Neurological Infections of Adults and Children, 1st Edition. – Cambridge University Press. – 2019.

Додаткова література:

1. Григорова І.А. Неврологія : національний підручник / [за ред. проф. І.А.Григорової, проф. Л.І.Соколової]. – Київ : «Медицина», 2015. – 640с. – (ISBN 978-617-505-300-3).
2. Kailash P. Bhatia. Case Studies in Movement Disorders: Common and Uncommon Presentations, 1st Edition. – Cambridge University Press. – 2017.
3. Elisabeth Sherman, Marianne Hrabok, Jing Tan. A Compendium of Neuropsychological Tests: Fundamentals of Neuropsychological Assessment and Test Reviews for Clinical Practice, 4th Edition. - Oxford University Press. – 2021.
4. Thoru Yamada, Elizabeth Meng. Practical Guide for Clinical Neurophysiologic Testing: EEG, 2nd Edition. – LWW. – 2017.
5. Sudhansu Chokroverty, Luigi Ferini-Strambi. Oxford Textbook of Sleep Disorders, 1st Edition. – Oxford University Press. – 2017.
6. Rohkamm R. Color Atlas of Neurology. –Thieme, 2014.-540p.
7. Eric Kandel, John D. Koester, Sarah H. Mack, Steven Siegelbaum. Principles of Neural Science, Sixth Edition. – McGraw-Hill Education / Medical. – 2021.

Завідувач кафедри
неврології, психіатрії
та фізичної реабілітації



д.мед.н., проф. Оксана КОПЧАК