MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Нейрохирургия

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 2 | Вопросов: 24

Сформировано: 21.11.2026, 04:55 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1 Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2 Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3 Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4 Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

Содержание

Нажмите на задачу, чтобы перейти к ней. Справа указана страница.

0001	Больной С., 45 лет, грузчик, обратился в поликлинику по месту жительства.	3
0002	45-летний мужчина обратился в многопрофильную клинику.	12

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Нейрохирургия · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Больной С., 45 лет, грузчик, обратился в поликлинику по месту жительства.

1.2. Жалобы

На интенсивные боли в области поясницы и наружной поверхности правой ноги «простреливающего» характера, ограничивающие трудоспособность, уменьшающиеся при приеме противовоспалительных препаратов.

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение полутора лет, с тех пор как начались первые «прострелы» в спине, поначалу боль самостоятельно проходила, но со временем интенсивность и длительность болевого синдрома увеличивались, в связи с чем начал прием НПВС и комбинированных анальгетиков, которые купировали боль. Настоящее ухудшение развилось 3 месяца назад: при подъеме холодильника на 4-й этаж у больного возникла резкая, интенсивная боль, лишившая его трудоспособности, проводились длительные курсы НПВС, терапия витаминами группы В, физиотерапия – все без существенного эффекта.

1.4. Анамнез жизни

- Курит по 10 сигарет в день в течение 20 лет.
- Злоупотребление алкоголем, наркотических веществ отрицает.
- По профессии грузчик.
- Аллергологический анамнез не отягощен.
- Семейный анамнез не отягощен.
- Имеет двух взрослых детей.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 176 см, вес 95 кг, ИМТ = 30,7. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 120/80 мм, ЧСС 80 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в границах нормы. Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Пальпация паравертебральных точек пояснично-крестцового отдела резко болезненна. Ограничение подвижности в пояснично-крестцовом отделе, локальное мышечное напряжение. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание в норме.

Неврологический статус:

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Менингиальные знаки отсутствуют. Зрачки равны, прямая и содружественная фотореакции сохранены, зрение не нарушено. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Чувствительность на лице сохранена. Мимика не нарушена. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии.

Движения в правой ноге ограничены, парез правой стопы (ограничено тыльное сгибание). Тонус существенно не изменен. Гипестезия по наружной поверхности правого бедра, передне-наружной поверхности правой голени. Положительные симптомы Нери и Ласега.

Экстрапирамидных нарушений нет. Устойчивость в позе Ромберга выяснить не удалость из-за неспособности больного опираться на правую ногу. Речь сохранена.

1. План обследования

Вопрос 1

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

1. люмбальная пункция
2. **МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника**
3. УЗИ органов малого таза
4. **электромионейрография**
5. колоноскопия

Правильные ответы:
2 - МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника
4 - электромионейрография

ОБОСНОВАНИЕ

МРТ имеет достаточно высокую разрешающую способность для визуализации мягких тканей, выявления отёка нервных структур, воспалительных процессов, наличия объёмных образований при заболеваниях позвоночник

Клинические рекомендации по диагностике и лечению грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Ассоциация нейрохирургов России. Москва, 2014 г. (1)

Применение ЭНМГ иногда позволяет уточнить уровень максимальной заинтересованности корешков, а также может быть использован для исключения повреждения периферического нерва на конечностях.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Ассоциация нейрохирургов России. Москва, 2014 г. (1)

3. Результаты инструментальных методов обследования

3.1. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника



МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника

3.5. Люмбальная пункция

Показатель	Результат	Норма
Цвет и прозрачность	Бесцветный, прозрачный	Бесцветный, прозрачный
Цитоз	6	2-8
Белок мг/л	330	160-450
Глюкоза	2,8	1,8 – 3, 89

Вопрос 2

Болевые точки Валле в области середины ягодичной складки, между седалищным бугром и большим вертелом, у верхнезадней ости подвздошной кости, посередине задней поверхности бедра, в подколенной ямке выявляются при

1. переломе копчика
2. грыже межпозвонкового диска на уровне Th12-L1
3. артрозе фасеточных суставов
4. **поясничной радикулопатии**

Правильный ответ:
4 - поясничной радикулопатии

ОБОСНОВАНИЕ

При поясничной радикулопатии болевые точки Валле в области середины ягодичной складки, между седалищным бугром и большим вертелом, у верхнезадней ости подвздошной кости, посередине задней поверхности бедра, в подколенной ямке.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-6672-8 (1)

2. Диагноз

Вопрос 3

В представленном наблюдении имеет место

1. переднероговой синдром на поясничном уровне
2. люмбалгия
3. мышечно-тонический синдром
4. **корешковый синдром L5, обусловленный стенозом позвоночного канала, грыжей межпозвонкового диска L5-S1**

Правильный ответ:
4 - корешковый синдром L5, обусловленный стенозом позвоночного канала, грыжей межпозвонкового диска L5-S1

ОБОСНОВАНИЕ

Результаты клинико-анамнестических и инструментальных данных свидетельствуют о наличии корешкового синдрома L5, обусловленного стенозом позвоночного канала, грыжей межпозвонкового диска L5-S1.

В клинической практике поражения спинальных корешков и спинномозговых нервов чаще приходится встречать при поражении поясничного отела позвоночника, так как протрузия МПД чаще всего возникает именно на этом уровне. Наблюдается латерализованая поясничная боль, обычно сочетающаяся с болью, иррадиирующей в зоне иннервации седалищного нерва (люмбоишиалгия или ишиорадикулит). Это обусловлено тем, что из позвоночно-двигательных сегментов на поясничном уровне наиболее уязвимы нижние, на которые приходится особенно большая нагрузка, и потому в патологический процесс чаще других вовлекаются корешки и спинальные нервы L4–S1.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-6672-8 (1)

Вопрос 4

Мышцей-индикатором корешка L5 является

1. мышца, отводящая мизинец стопы
2. **длинный разгибатель большого пальца стопы**
3. длинный сгибатель большого пальца стопы
4. длинный разгибатель пальцев стопы

Правильный ответ:
2 - длинный разгибатель большого пальца стопы

ОБОСНОВАНИЕ

Длинный разгибатель большого пальца стопы является мышцей-индикатором корешка L5

Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу: Анатомия, физиология, клиника. 3-е издание. Матиас Бер, Михель Фротшер Перевод с англ. под ред. О.С. Левина. Практическая медицина, 2016 год. Обложка, 608 стр. ISBN: 978-5-98811-306-5 (1)

Вопрос 5

Двухфазным симптомом натяжения является симптом

1. **Ласега**
2. Нери
3. Мацкевича
4. Вассермана

Правильный ответ:
1 - Ласега

ОБОСНОВАНИЕ

Симптом Ласега: у больного, лежащего на спине, сгибают в тазобедренном суставе нижнюю конечность, выпрямленную в коленном суставе, - по задней поверхности бедра и голени возникает боль (1-я фаза); если после этого согнуть ногу в коленном суставе, то боль исчезает или уменьшается (2-я фаза)

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-6672-8. (1)

Вопрос 6

Развитие степпажа при корешковом синдроме L5 может быть связано с вертеброгенным «псевдоперонеальным параличом», обусловленным дополнительным вовлечением в патологический процесс корешка

1. L2
2. L3
3. **L4**
4. S1

Правильный ответ:
3 - L4

ОБОСНОВАНИЕ

При вовлечении корешка L4 возможно развитие «псевдоперонеального паралича».

Неврология/М.Мументалер, Х.Маттле; пер. с нем.; под ред. О.С.Левина. – М7: МЕДпресс-информ,2007.-920 - ISBN-5-98322-283-X, с.390

Вопрос 7

Индекс Шобера при данном заболевании

1. не изменяется
2. увеличивается
3. **уменьшается**
4. не имеет диагностического значения

Правильный ответ:
3 - уменьшается

ОБОСНОВАНИЕ

Индекс Шобера при грыжах спинно-мозговых уменьшается.

Епифанов, А. В. Медицинская реабилитация / Епифанов А. В. , АчкасовЕ. Е. , Епифанов В. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-3248-8. (1)

Вопрос 8

Дифференциальный диагноз данного заболевания следует проводить с

1. **опухолью конского хвоста**
2. остеохондрозом шейного отдела позвоночника
3. невропатией бедренного нерва
4. диабетической полинейропатией

Правильный ответ:
1 - опухолью конского хвоста

ОБОСНОВАНИЕ

Грыжу межпозвонкового диска на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника следует дифференцировать с опухолью «конского хвоста», нейропатией другой этиологии, туннельными синдромами, остеоартрическими состояниями и синовиальными кистами.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Ассоциация нейрохирургов России. Москва, 2014 г. (1)

3. Лечение

Вопрос 9

Хроническое течение осложненного остеохондроза, упорный хронический болевой синдром подразумевает использование в консервативной терапии

1. сна на щите
2. **антидепрессантов и антиконвульсантов**
3. нестероидных противовосполительных препаратов
4. полного покоя

Правильный ответ:
2 - антидепрессантов и антиконвульсантов

ОБОСНОВАНИЕ

Хроническое течение осложненного остеохондроза, упорный хронический болевой синдром подразумевает использование в консервативной терапии антидепрессантов и антиконвульсантов.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-6672-8 (1)

Вопрос 10

Противоэпилептические препараты служат для

1. улучшения микроциркуляции в зоне пораженного корешка и повышения нервно-мышечной проводимости
2. подавления обратного захвата серотонина и норэпинефрина (норадреналина) в целях снижения болевого синдрома
3. нормотимического эффекта и регенерации сосудов
4. **устранения эктопической импульсации в периферических нервах и торможения возбудимости центральных ноцицептивных нейронов**

Правильный ответ:
4 - устранения эктопической импульсации в периферических нервах и торможения возбудимости центральных ноцицептивных нейронов

ОБОСНОВАНИЕ

В качестве средств для устранения эктопической импульсации в периферических нервах и торможения возбудимости центральных ноцицептивных нейронов используют противоэпилептические препараты.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-6672-8 (1)

Вопрос 11

Показанием к хирургическому лечению при грыжах межпозвонкового диска поясничной локализации является

1. **продолжительность корешкового болевого синдрома или боли в поясничной области не менее 4 недель (при отсутствии симптомов выпадений функции нервов, требующих безотлагательной декомпрессии) при отсутствии эффекта от консервативной терапии**
2. нестабильность позвоночно-двигательного сегмента
3. признаки спондилеза, разрастания остиофитов
4. продолжительность болевого синдрома - 2 недели с минимальным положительным эффектом от консервтивной терапии

Правильный ответ:
1 - продолжительность корешкового болевого синдрома или боли в поясничной области не менее 4 недель (при отсутствии симптомов выпадений функции нервов, требующих безотлагательной декомпрессии) при отсутствии эффекта от консервативной терапии

ОБОСНОВАНИЕ

Показанием к хирургическому лечению при грыжах межпозвонкового диска поясничной локализации является продолжительность корешкового болевого синдрома или боли в поясничной области не менее 4 недель (при отсутствии симптомов выпадений функции нервов, требующих безотлагательной декомпрессии) при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Ассоциация нейрохирургов России. Москва, 2014 г. (1)

Вопрос 12

В консервативном лечении острой дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии наиболее часто используются

1. миорелаксанты + витамины группы В
2. глюкокортикостероиды
3. опиоидные анальгетики
4. **нестероидные противовоспалительные препараты**

Правильный ответ:
4 - нестероидные противовоспалительные препараты

ОБОСНОВАНИЕ

Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (НПВП). Они рекомендуются у пациентов с острой, подострой или обострением ДПКР, так как они способны уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациентов . Рекомендуется назначать НПВП в эффективных дозах, на минимально необходимое число дней для того, чтобы снизить риск возникновения побочных эффектов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия, 2023 г. (1)

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Нейрохирургия · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

45-летний мужчина обратился в многопрофильную клинику.

1.2. Жалобы

На ночные приступы острой нестерпимой головной боли сверлящего и колющего характера в периорбитальной и височной областях слева, интенсивностью до 10 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

1.3. Анамнез заболевания

Впервые приступы головной боли возникли около восьми лет назад после сильного эмоционального стресса, сопровождались нарушением сна, пациент мог 1-2 суток проводить без сна. На момент обращения приступы продолжаются на протяжении двух месяцев, до этого отмечался период улучшения длительность три месяца. В настоящий момент возникает 5-6 приступов в неделю, которые, как правило, начинаются с парестезий в затылочной и теменной зоне, затем возникает интенсивная стреляющая сверлящая боль в левой височной области с иррадиацией в периорбитальную область на ипсилатеральной стороне. Раньше болевой пароксизм мог возникать, как в правой, так и левой височных областях, в последнее время боль имеет исключительно левостороннюю локализацию. Головной боли сопутствуют слезотечение, ринорея, покраснение склеры и отечность века на стороне боли.

1.4. Анамнез жизни

- аутоиммунный тиреоидит,
- курит, алкоголем не злоупотребляет,
- профессиональных вредностей не имел,
- аллергических реакций не имеет,
- имеет взрослого ребенка.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 182 см, вес 90 кг. Костно-мышечная система – без патологии. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в мин. АД 122/80 мм, ЧСС 74 в мин. Дыхание правильное, ритмичное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Перкуторные границы печени в границах нормы Пальпация живота безболезненна, живот мягкий, в акте дыхания участвует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание контролирует.

Неврологический статус:

Сознание ясное. В пространстве, времени и собственной личности ориентирован. Менингеальные симптомы отрицательные. Поля зрения не изменены. Зрачки не симметричные, D>S. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Роговичные рефлексы: D=S. Легкий птоз верхнего века слева. Чувствительность на лице сохранена. Глотание и фонация не нарушены, язык по средней линии.

Координаторные пробы выполняет уверенно.

Парезов конечностей нет. Тонус мышц не нарушен. Глубокие и периостальные рефлексы оживлены без асимметрии. Патологических симптомов нет.

Экстрапирамидных нарушений нет. Слух не изменен. При пальпации отмечаются точки локальной болезненности в заднешейных мышцах, симметрично с 2-х сторон.

1. План обследования

Вопрос 1

При жалобах на головную боль, соответствующую критериям первичной головной боли, к необходимым методам исследования относятся

1. нейроофтальмологическое обследование
2. УЗИ брахиоцефальных сосудов
3. **клиническое обследование, тщательный сбор жалоб**
4. магнитно-резонансная томография головного мозга

Правильный ответ:
3 - клиническое обследование, тщательный сбор жалоб

ОБОСНОВАНИЕ

Позитивная диагностика первичной головной боли базируется исключительно на данных жалоб и анамнеза. Для позитивной диагностики любой формы первичной головной боли ключевыми являются сведения относительно времени возникновения и продолжительности головной боли, ее характере, провоцирующих и облегчающих факторах, влиянии головной боли на пациента, способах ее облегчения, состоянии пациента в межприступный период. Инструментальные и лабораторные методы исследования (электроэнцефалография, реоэнцефалография, рентгенография, методы ультразвуковой диагностики и нейровизуализации - КТ и МРТ) не используются для позитивной диагностики первичных головных болей, так как не выявляют никакой патологии. Они используются лишь при наличии соответствующих показаний или при наличии так называемых "сигналов опасности".

Головная боль / Табеева Г. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 296 с. (1)

Первичные головные боли в практике невролога и терапевта / В. В. Осипова. - 2-е изд. ,перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024 г. (1) (2)

3. Результаты обследования

3.1. Клиническое обследование, тщательный сбор жалоб

Клиническое обследование: см.анамнез заболевания

3.4. Нейроофтальмологическое обследование

Орбита, положение глаз, двигательный аппарат: без изменений. Веки отечны. Глазное дно: зрительный нерв бледно-розовый, границы четкие. Ход и калибр сосудов без изменений. Макулярная область: без очаговых изменений. Конъюнктива: без изменений. Роговица прозрачная, блестящая. Хрусталик прозрачный.

Вопрос 2

При сборе анамнеза у данного пациента дополнительно необходимо выяснить

1. **степень нарушения повседневной активности и работоспособности во время приступа**
2. сопровождается ли приступ головной боли повышением артериального давления
3. отмечает ли пациент сонливость во время приступа головной боли
4. сопровождается ли приступ головной боли возникновением кожной сыпи

Правильный ответ:
1 - степень нарушения повседневной активности и работоспособности во время приступа

ОБОСНОВАНИЕ

Вопросы, которые следует задать пациенту, обратившемуся с жалобами на головную боль, включают оценку степени нарушения повседневной активности, работоспособности во время приступа головной боли.

Первичные головные боли в практике невролога и терапевта / В. В. Осипова. - 2-е изд. ,перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024 г. (1)

5. Результаты обследования

5.1. Степень нарушения повседневной активности и работоспособности во время приступа

Пациент отмечает выраженное снижение работоспособности во время приступа головной боли.

5.4. Отмечает ли пациент сонливость во время приступа головной боли

Пациент не отмечает сонливости во время приступа головной боли

2. Диагноз

Вопрос 3

Дифференциальную диагностику при данной патологии необходимо проводить с

1. вертебрально-базилярной недостаточностью
2. нарушением мозгового кровообращения
3. **мигренью**
4. синдромом Горнера

Правильный ответ:
3 - мигренью

ОБОСНОВАНИЕ

Дифференциальный диагноз предполагает исключение офтальмологической патологии, височного артериита, мигрени, невралгии тройничного нерва, синдрома болевой офтальмоплегии.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. (1) (2)

Вопрос 4

Наиболее вероятным диагнозом является

1. Головная боль напряжения
2. Мигрень
3. **Кластерная (пучковая) головная боль**
4. Синдром Сладера

Правильный ответ:
3 - Кластерная (пучковая) головная боль

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз основывается на наличии не менее 50 стереотипных приступов односторонней ГБ, возникающих ежедневно от 6 до 15 раз, продолжающихся 5—30 мин и сопровождающихся по крайней мере одним из следующих вегетативных симптомов на стороне боли: слезотечением, ринореей, заложенностью носа, покраснением глаза, птозом, отеком века.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. (1)

8. Диагноз

8.1. Кластерная (пучковая) головная боль

Вопрос 5

Данное заболевание чаще всего проявляется

1. понижением артериального давления
2. ознобом
3. **слезотечением, заложенностью носа**
4. парестезиями в конечностях, акроцианозом

Правильный ответ:
3 - слезотечением, заложенностью носа

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз основывается на наличии не менее 50 стереотипных приступов односторонней ГБ, возникающих ежедневно от 6 до 15 раз, продолжающихся 5—30 мин и сопровождающихся по крайней мере одним из следующих вегетативных симптомов на стороне боли: слезотечением, ринореей, заложенностью носа, покраснением глаза, птозом, отеком века.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. (1)

Вопрос 6

Приступы головной боли при данном заболевании возникают преимущественно

1. при физической нагрузке
2. в дневные часы
3. **в ночные часы**
4. в утренние часы

Правильный ответ:
3 - в ночные часы

ОБОСНОВАНИЕ

Чаще возникают во время отдыха, в частности по вечерам, после рабочего дня, а также ночью, в связи с чем больной просыпается из-за мучительной боли через 1.5-2 ч после засыпания.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. (1) (2)

Вопрос 7

Данная патология чаще возникает у

1. мужчин пожилого возраста
2. детей и подростков
3. женщин молодого и среднего возраста
4. **мужчин молодого и среднего возраста**

Правильный ответ:
4 - мужчин молодого и среднего возраста

ОБОСНОВАНИЕ

Пучковая ГБ (кластерная ГБ, мигренозная невралгия Харриса, гистаминовая мигрень Хортона) — относительно редкая форма, встречающаяся у 0,1—0,4% населения, преимущественно у мужчин (соотношение мужчин и женщин 9 : 1). Заболевание обычно возникает в возрасте 30—50 лет, но может начинаться и в более молодом и пожилом возрасте.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. (1)

Вопрос 8

Нередко при этом заболевании развивается

1. **синдром Горнера**
2. синдром Фовилля
3. синдром Джексона
4. синдром Маркуса -Ганна

Правильный ответ:
1 - синдром Горнера

ОБОСНОВАНИЕ

Атака сопровождается парасимпатической активацией в зоне боли: усиление слезотечения, инъекция конъюнктивы, заложенность носа или ринорея. Частичный симпатический паралич проявляется парциальным синдромом Горнера (небольшой птоз и миоз).

Нервные болезни : учебник. Макурина, Т. Э. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - 256 с. (1)

3. Лечение

Вопрос 9

Препаратами, используемыми для профилактики приступов головной боли при данном заболевании, являются

1. ривароксабан
2. ацетилсалициловая кислота
3. **верапамил**
4. омепразол

Правильный ответ:
3 - верапамил

ОБОСНОВАНИЕ

Верапамил. Препарат в дозе до 80 мг в день эффективен в качестве профилактического лечения резистентных к терапии форм. Возможно сочетание верапамила с преднизолоном, карбонатом лития или эрготамином.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. (1)

Вопрос 10

Кратковременным лечебным эффектом при остром приступе головной боли при данном заболевании обладают ингаляции

1. Р2-агонистов
2. оксида азота
3. **100% кислорода**
4. смеси фторотана с кислородом

Правильный ответ:
3 - 100% кислорода

ОБОСНОВАНИЕ

Кислород. В течение 10 мин от начала боли можно использовать кислородную маску со скоростью ингаляции 7-15 л в минуту. Приблизительно у 60—70% больных отмечается положительный эффект в течение 15 мин. В некоторых случаях ингаляция.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. (1)

Вопрос 11

Для лечения приступа головной боли в данной ситуации следует использовать

1. беллатаминал
2. НПВС
3. **триптаны**
4. бета-адреноблокаторы

Правильный ответ:
3 - триптаны

ОБОСНОВАНИЕ

Суматриптан. Препарат назначают внутрь в дозе 100 мг или, что более целесообразно, в виде чрескожной инъекции в дозе 6 мг, после которой большинство пациентов отмечают ослабление боли через 5 мин, а значительное улучшение через 15 мин.

Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. (1)

Вопрос 12

Инвазивная нейромодуляция для лечения кластерной головной боли применяется при

1. противопоказаниях к назначению кортикостероидов
2. **резистентности к медикаментозному лечению**
3. длительности заболевания более 1 года
4. непереносимости триптанов

Правильный ответ:
2 - резистентности к медикаментозному лечению

ОБОСНОВАНИЕ

Наряду с хирургическими методами для лечения резистентной к другим видам терапии хронической формы пучковой головной боли применяют методы нейростимуляции: глубокую стимуляцию задней гипоталамической области, стимуляцию большого затылочного и блуждающего нерва.

Головная боль / Табеева Г. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 296 с. (1)