

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.10.2026 10:42:35
Уникальный идентификационный код:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«НЕВРОЛОГИЯ»

Специальность 31.08.42 Неврология

Направленность (профиль) Неврология

Квалификация врач-невролог

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра эндокринологии и клинических дисциплин

**Санкт-Петербург
2026 г.**

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «НЕВРОЛОГИЯ»

Компетенция (код и наименование)	Индикатор компетенции (код и наименование)	Оценочные средства
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД-1 УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними ИД-2 УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению ИД-3 УК-1.3 Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников	Устный опрос
		Контрольные вопросы к экзамену
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели УК-3.2 Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений УК-3.3 Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению	Устный опрос
		Контрольные вопросы к экзамену
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ИД-1 УК-4.1 Выстраивает эффективную коммуникацию в процессе профессионального взаимодействия	Устный опрос
		Тестовые задания
	ИД-1 УК-5.1 Оценивает свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения профессиональных задач УК-5.2 Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки	Устный опрос
		Контрольные вопросы к экзамену
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории		

	ИД-3 УК-5.3 Выстраивает образовательную траекторию профессионального развития	
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей) ОПК-4.2. Проводит осмотр пациентов ОПК-4.3. Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные ОПК-4.4. Направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты	Устный опрос
		Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1. Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи ОПК-5.2. Назначает комплексное лечение ОПК-5.3. Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий	Устный опрос
		Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену
ОПК – 6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ИД-1 ОПК-6.1 Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов ИД-2 ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу	Устный опрос
		Тестовые задания
		Ситуационные задачи

	ОПК-7.2 Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу	Контрольные вопросы к экзамену
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов ОПК-8.2 Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ОПК-8.3 Проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции ОПК-8.4 Пропагандирует здоровый образ жизни	Устный опрос
		Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену
ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде ОПК-9.2 Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения ОПК-9.3 Управляет ресурсами, находящимися в распоряжении организации	Устный опрос
		Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ИД-1 ОПК-10.1 Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства ИД-2 ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Устный опрос
		Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-2. Способен к проведению обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний нервной системы, установления диагноза	ИД-1 ПК – 2.1 Проводит обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью установления диагноза	Тестовые задания
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-3. Способен назначать лечение пациентам с	ИД-1 ПК-3.1 Назначает и проводит лечение пациентов с	Устный опрос
		Тестовые задания

заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, проводить контроль эффективности и безопасности	заболеваниями и (или) состояниями нервной системы ИД-2 ПК-3.2 Контролирует эффективность и безопасность лечения	Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-4. Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы	ИД-1 ПК-4.1 Разрабатывает и проводит реабилитационные мероприятия для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы ИД-2 ПК-4.2 Контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы	Устный опрос
		Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-5. Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы	ИД-1 ПК-5.1 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы ИД-2 ПК-5.2 Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров ИД-3 ПК-5.3 Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами нервной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы	Устный опрос
		Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену
		Тестовые задания
ПК-6. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме	ИД-1 ПК-6.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента ИД-2 ПК-6.2 Оказывает экстренную помощь пациентам с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы	Устный опрос
		Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-7. Способен к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских	ПК-7.2. Осуществляет взаимодействие с медицинским персоналом в рамках профессиональной деятельности	Контрольные вопросы
		Ситуационные задачи
		Контрольные вопросы к экзамену

организациях и их структурных подразделениях		
---	--	--

**1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ
ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ**

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора компетенции	Этапы формирования индикатора компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД-1 УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними	Знать: основные виды источников научно-медицинской и научно-фармацевтической информации Уметь: оценивать надежность различных источников Владеть: навыком анализа источников информации для проведения анализа проблемных ситуаций	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению	Знать: методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации Уметь: проводить анализ источников для определения пробелов в информации Владеть: навык анализа источников для определения пробелов в информации	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
	ИД-3 УК-1.3 Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой	Знать: этапы работы с различными информационными источниками Уметь: критически оценивать надежность различных источников информации Владеть: навыком отбора надежных источников информации для проведения критического анализа	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

		Владеть: навыками организовывать работу членов команды и скорректировать их деятельность при решении профессиональных задач			
	ИД. 3. УК-3.3. Делегирует полномочия членам команды, принимает ответственность за общий результат, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению	Знать: алгоритм совместной работы по оказанию медицинской помощи населению Уметь: распределять полномочия в команде, принимать решения и нести ответственность за результат Владеть: навыками распределения полномочий в команде, принимать решения и нести ответственность за результат			

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ИД-1 УК-4.1. Выстраивает эффективную коммуникацию в процессе профессионального взаимодействия	Знать: содержание основных понятий коммуникации, принципы и правила биоэтики и деонтологии, современный этикет общения с пациентами и коллегами, стратегии поведения в конфликте Уметь: выстраивать коммуникацию с пациентами и медицинским персоналом; выявлять и предупреждать конфликтные ситуации в процессе профессионального взаимодействия Владеть: навыками коммуникации с пациентами и медицинским персоналом; выявлять и предупреждать конфликтные ситуации в процессе профессионального взаимодействия	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
			Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1. Определяет приоритеты и намечает цели собственного профессионального и личностного развития	Знать: основные формы, средства, методы профессионального и личностного развития Уметь: намечать цели и решать задачи собственного профессионального и личностного развития Владеть: навыками постановки целей и решать задачи собственного профессионального и личностного развития	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
	УК-5.2. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития, минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории	Знать: методы объективной оценки и коррекции собственного профессионального и личностного развития при построении карьерной траектории Уметь: выбирать направление собственного профессионального и личностного развития, корректируя изменения карьерной траектории Владеть: навыками направления собственного профессионального и личностного развития, корректируя изменения карьерной траектории	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ИД-1 ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей)	Знать: принципы ранней диагностики заболеваний, проведения скринингов Уметь: проводить мероприятия по профилактике и ранней диагностике заболеваний	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать

		Владеть: методами ранней диагностики заболеваний, в том числе организации и проведения скринингов			проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 ОПК-4.2. Проводит осмотр пациентов	Знать: общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению, порядки оказания медицинской помощи, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, клинические рекомендации при оказании медицинской помощи, основы топографической анатомии областей тела. Методику сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей), методику осмотра пациентов, методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики осложнений, в том числе неотложных состояний; основы и принципы дифференциальной диагностики, МКБ, принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов, симптомы и	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

		синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций. Уметь: выполнять инструментальные обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. -обеспечивать безопасность инструментальных обследований пациентов, -определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, -определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам, -проводить дифференциальную диагностику осложнений, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ -определять медицинские показания для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи			
--	--	---	--	--	--

		Владеть: сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов интерпретацией информации -осмотром и обследованием пациентов -формулированием предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов с учетом стандартов медицинской помощи, -направлением пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. -определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам			
--	--	---	--	--	--

	ИД-2 ОПК-4.3. Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные	Знать: методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний нервной системы Уметь: составить план лабораторного и инструментального обследования пациентов Владеть: интерпретации результатов, проведенных лабораторных и инструментальных исследований			
	ИД-4 ОПК-4.4. Направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты	Знать: нормальные физиологические показатели, а также варианты патологических состояний Уметь: диагностировать осложнения Владеть: методами выявления факторов риска развития патологических состояний, проводить профилактику осложнений			
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать	ОПК-5.1. Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: принципы и методы лечения пациента, показания и противопоказания к различным видам лечения	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе

его эффективность и безопасность		Уметь: составлять план ведения пациента, назначать и применять различные методы лечения Владеть: ведения пациента, составления плана ведения и наблюдения, назначения и применения различных методов лечения	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме. Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
	ОПК-5.2. Назначает комплексное лечение	Знать: стандарты медицинской помощи Уметь: подбирать лечение с учетом состояния пациента Владеть: назначения лекарственных препаратов			
	ОПК-5.3. Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий	Знать: методы эффективности и безопасности назначенного лечения Уметь: осуществлять контроль безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения Владеть: эффективности и безопасности лечения с учетом состояния пациента			
ОПК – 6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных	ИД-1 ОПК-6.1 Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	Знать: основы физиотерапии и лечебной физкультуры основы рационального питания и принципы диетотерапии. Методы профилактики и лечения традиционной медицины, а также методы лечения альтернативной медицины и психотерапии Уметь: назначить план реабилитации при различных патологиях Владеть: Методами сбора и оценки анамнеза	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительн о» /«не зачтено»	

программ реабилитации или абилитации инвалидов		Знаниями об особенности течения реабилитации при различных патологиях			
	ИД-2 ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	Знать: определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения Уметь: определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения Владеть: методами выявления факторов риска развития патологии, проведение профилактики осложнений			
ОПК – 7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ИД-1 ОПК-7.1 Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу	Знать: порядки проведения предварительных и периодических медицинских осмотров Уметь: определять признаки временной нетрудоспособности Владеть: методами проведения экспертизы временной нетрудоспособности, подготовки необходимой медицинской документации для осуществления медицинской экспертизы	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена.

	ИД-2 ОПК-7.2 Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу	Знать: медицинские показания и противопоказания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу Уметь: выносить медицинские заключения по результатам обследования пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями нервной системы Владеть: навыкам направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами нервной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы	Высокий уровень сформированности компетенции Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«хорошо»/ «зачтено» «удовлетворительно» /«зачтено» «неудовлетворительно» /«не зачтено»	Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме. Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и	ОПК-8.1. Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов	Знать: основы здорового образа жизни, методы его формирования Уметь: разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни Владеть: навыками пропаганды здорового образа жизни	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.

санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.2. Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: основные вопросы нормальной и патологической физиологии Уметь: предупреждать развитие патологии и заболеваемости Владеть: навыком организации мероприятий по профилактической работе с населением	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

	ОПК-8.3 Проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции	Знать: проведение противоэпидемиологических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях Уметь: проводить мероприятия, направленные на защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки Владеть: основами этики, деонтологии при проведении мероприятия, направленные на защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки			
	ОПК-8.4. Пропагандирует здоровый образ жизни	Знать: основы здорового образа жизни, методы его формирования Уметь: разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни Владеть: навыками пропаганды здорового образа жизни			
ОПК – 9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать	ИД-1 ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде	Знать: медико-статистические показатели заболеваемости Уметь: производить анализ медико-статистических показателей заболеваемости Владеть: методом анализа медико-статистических показателей заболеваемости	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.

деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ИД-2 ОПК-9.2 Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения	Знать: основные требования к оформлению медицинской документации Уметь: вести медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа Владеть: методами ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
	ИД-3 ОПК-9.3 Управляет ресурсами, находящимися в распоряжении организации	Знать: правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения, личной безопасности и конфликтологии Уметь: обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности Владеть: методами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ИД-1 ОПК-10.1 Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства	Знать: клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания Методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) Уметь: распознавать состояния, требующие срочного медицинского вмешательства Владеть: навыком распознавания состояний, требующих срочного медицинского вмешательства. Навыком оценки состояния пациентов,	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
			Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.

эффективности и безопасности		пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, современные методы лечения заболеваний нервной системы, механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в неврологии Уметь: обосновывать и составлять план обследования, производить лекарственные пробы, выполнять люмбальную пункцию, выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, производить дифференциальную диагностику, применять медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи разрабатывать план лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи Владеть: навыками направления пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы на обследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,			
-------------------------------------	--	---	--	--	--

		установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней			
	ПК-3.2 Контролирует эффективность и безопасность лечения	Знать: методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний нервной системы Уметь: проводить мониторинг заболевания и (или) состояния нервной системы, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения Владеть: навыком разработки плана лечения, назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, оценки их эффективности и безопасности применения, профилактики или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций			
ПК-4 Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы	ПК-4.1. Разрабатывает и проводит реабилитационные мероприятия для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы	Знать: основы и методы медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы; механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов; требования к оформлению медицинской документации Уметь: разрабатывать план реабилитационных мероприятий Владеть: навыком составления плана мероприятий медицинской реабилитации	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения

		Владеть: навыками проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров, направления пациентов на медико-социальную экспертизу	сформированности компетенции	/«зачтено»	Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
	ПК-5.2 Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров	Знать: медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами нервной системы, на медико-социальную экспертизу Уметь: выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия заболеваний и (или) состояний нервной системы Владеть: навыками проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров, направления пациентов на медико-социальную экспертизу	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
--	--	--	-----------------------------	-------------------------------------	---

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Вопросы для устного опроса	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы для устного опроса	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
2.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения.	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
4.	Реферат	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий	Тематика рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы;

		собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.		наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: оформления реферата по ГОСТу: реферат включает в себя: • титульный лист • содержание • введение • основную часть • заключение • список литературы Максимальный объем страниц – 10. Размеры полей: правое – 10 мм, левое – 30 мм, а нижнее и верхнее по 20 мм. Страницы нумеруются исключительно арабскими цифрами по центру. На титульном листе номер страницы не ставится, но учитывается. Шрифт текста – Times New Roman. Размер кегль – 12-14. Межстрочный интервал – 1,5, кроме титульной страницы. Пишется реферат на листе А4 исключительно на одной стороне листа. Каждая из частей начинается с новой страницы.
--	--	---	--	---

				Заголовки должны четко и кратко отражать содержание разделов, подразделов. Заголовки следует печатать с прописной буквы. Переносы слов в заголовках не допускаются. Если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой. В конце заголовка точку не ставят. Расстояние между заголовком и последующим текстом должно быть не менее 10 мм. Список литературы – 4-12 позиций, не старше 10 лет. содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет.
--	--	--	--	---

2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных средств

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Собеседование по вопросам для устного опроса

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.

Оценка	Описание
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Решение ситуационных задач

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата, эссе достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата, эссе достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.

Оценка	Описание
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата, эссе достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате, эссе не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Вопросы для устного опроса

1 семестр

Основы неврологии

УК-1, УК-3 (УК-1.1, УК-1.2, УК-1.3, УК – 3.1, УК- 3.2, УК-3.3)

1. Организация неврологической помощи населению. Неврологическая заболеваемость и её структура. Функциональные обязанности врача невролога.

УК-4 (4.1)

2. Здоровый образ жизни. Методы работы с населением по пропаганде здорового образа жизни.

УК-5 (УК-5.1.УК - 5.2.)

3. Исследование неврологического статуса.

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

4. Зрительный анализатор, анатомия зрительных путей, симптомы поражения

5. Глазодвигательные нервы, функция, симптомы поражения

6. Тройничный нерв: строение, функция, симптомы поражения.

7. Лицевой нерв: строение функция, симптомы и синдромы поражения.

8. Кохлеовестибулярный нерв: строение, функция, симптомы поражения.

9. Языкоглоточный и блуждающий нервы: строение, функция, симптомы и синдромы поражения.

ОПК-7 (ОПК-7.1. ОПК-7.2)

10. Промежуточный мозг, строение и функции.

11. Базальные ганглии и экстрапирамидная система, строение и функции.

12. Лимбическая система, строение и функция.

13. Вегетативная нервная система, строение и функции.

14. Боль, классификация, патогенез.

15. Синдромы поражения спинного мозга.

16. Спинной мозг, строение и функции.

17. Мозжечок: строение, функции, симптомы поражений.

18. Ствол мозга, строение и функции.

19. Добавочный нерв: строение, функция, симптомы поражения.

20. Подъязычный нерв: строение, функция, симптомы поражения.

ОПК-8 (ОПК-8.1. ОПК-8.2)

21. Здоровый образ жизни. Методы работы с населением по пропаганде здорового образа жизни.

ПК-4

22. Ретикулярная формация среднего мозга, варолиевого моста и продолговатого мозга: строение, функция, симптомы поражения.

Диагностические методы исследования в неврологии

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

23. Клиническая электроэнцефалография. Клиническая интерпретация данных ЭЭГ-исследований.

24. Клиническая электромиография. Клиническая интерпретация данных ЭМГ-исследований.

25. Клиническая эхоэнцефалография. Клиническая интерпретация данных ЭхоЭГ-исследований.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3.)

26. Клиническая электронейромиография. Клиническая интерпретация данных ЭНМГ-исследований.

27. Компьютерная томография: показания к проведению исследования, диагностические возможности, клиническая интерпретация результатов исследования.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

28. Ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография: показания к проведению исследования, диагностические возможности, клиническая интерпретация результатов исследования.

29. Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов, клиническая интерпретация результатов исследования.

Методы лечения неврологических больных

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

30. Фармакологические средства лечения неврологических больных.

31. Метод ЛФК в лечении неврологических больных.

32. Применение физиотерапии в неврологии.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

33. Методы медицинской реабилитации неврологических больных.

34. Социальная, трудовая реабилитация неврологических больных.

2 семестр

Заболевания периферической нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

35. Симптомы поражения локтевого нерва, приёмы экспресс диагностики поражений.

36. Симптомы поражения срединного нерва, приёмы экспресс диагностики поражений.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3),

37. Симптомы поражения лучевого нерва, приёмы экспресс диагностики поражений.

38. Симптомы поражения бедренного нерва.

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

39. Симптомы поражения большеберцового нерва, приёмы экспресс диагностики поражений.

40. Невропатии локтевого нерва: этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

41. Невропатии бедренного нерва: этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

42. Невропатии малоберцового нерва: этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания центральной нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

43. Вирусные менингиты. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

44. Гнойные менингиты. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

45. Туберкулёзный менингит. Патогенез, клиническая классификация, варианты течения, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

46. Клещевой энцефалит. Возбудитель, патогенез, клинические формы, течение, диагноз, лечение, исходы.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

47. Поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции.

Хронические прогрессирующие заболевания нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

48. Менингиты и менингоэнцефалиты.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

49. Хронические прогрессирующие заболевания нервной системы.

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

50. Лейкоэнцефалопатии. Этиология, патогенез, клиническая классификация, диагноз, лечение, прогноз.

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

51. Рассеянный склероз и рассеянный энцефаломиелит. Этиология, патогенез, клиническая классификация, диагноз, лечение, прогноз.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

52. Боковой амиотрофический склероз. Этиология, патогенез, клиническая классификация, диагноз, лечение, прогноз.

Поражение нервной системы при системных заболеваниях соединительной ткани

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

53. Миастения. Этиология, патогенез.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

54. Поражения нервной системы при системных заболеваниях соединительной ткани.

55. Миастения. Клиническая классификация.

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

56. Миастения. Клиника, диагноз, лечение.

57. Миопатии. Этиология, патогенез, клиническая классификация.

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

58. Ревматизм. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

59. Склеродермия. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

60. Миопатии, диагноз, лечение, прогноз

61. Красная волчанка. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
62. Полимиозит и дерматомиозит. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

Сосудистые заболевания нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

63. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Классификация, этиология, патогенез.

64. Ишемические инсульты в каротидных бассейнах. Этиология, патогенез, клиника, диагноз.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

65. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Клиника, диагноз, лечение.

66. Ишемические инсульты в каротидных бассейнах. Клиника, диагноз, лечение, профилактика.

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

67. Ишемические инсульты в вертебрально-базилярном бассейне. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение, профилактика.

68. Кровоизлияние в мозг. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение, профилактика.

69. Субарахноидальное /спонтанное/кровоизлияние. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

70. Дисциркуляторные энцефалопатии. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение, профилактика.

ПК-4 (ПК-4.1)

71. Аневризмы мозговых сосудов. Классификация, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

72. Острые нарушения спинального кровообращения. Этиология, патогенез, клинические синдромы, диагноз, лечение.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

73. Этиология и патогенез расстройств кровообращения в спинном мозге.

74. Синдромы вегетативной дистонии - этиология и патогенез.

Вегетативные и нейроэндокринные расстройства

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

75. Поражения периферического (сегментарного) отдела вегетативной нервной системы.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

76. Синдромы апноэ во сне (обструктивные, центральные).

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

77. Факоматозы. Клинические формы, диагноз, лечение.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

78. Мигрень, классификация, клиника, диагностика, лечение.

ПК-4 (ПК-4.1)

79. Диссомнии (инсомнии и гиперсомнии).

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

80. Мигрень, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Наследственные нервно-мышечные заболевания

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

81. Врожденные миопатии Этиология и патогенез.

82. Наследственная миотония. Этиология и патогенез.

83. Пароксизмальная миоплегия. Этиология и патогенез.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

84. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение, профилактика.

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

85. Мультисистемные атрофии.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

86. Прогрессирующие мышечные дистрофии.

ПК-4 (ПК-4.1)

87. Семейная спастическая параплегия Штрюмпеля. Клиника, диагноз, лечение.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

88. Мультисистемные атрофии.

3 семестр

Травмы нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2),

89. Травмы нервов рук. Клиника, диагноз, лечение.

90. Травмы нервов ног. Клиника, диагноз, лечение

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

91. Острые закрытые травмы головного мозга. Классификация, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

92. Осложнения и отдалённые последствия закрытых травм головного мозга. Классификация, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

93. Закрытые травмы позвоночника и спинного мозга. Классификация, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

ПК-4 (ПК-4.1)

94. Клиника повреждений спинного мозга: шейного, грудного, пояснично-крестцового отделов и корешков конского хвоста.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

95. Сотрясение мозга. Ушиб мозга. Лечение и реабилитация.

Опухоли центральной нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

96. Опухоли нервной системы. Классификация опухолей головного и спинного мозга.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

97. Общемозговые симптомы опухолей.

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

98. Супратенториальные опухоли. Классификация, клиника.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

99. Субтенториальные опухоли. Классификация, клиника, диагноз, лечение.

ПК-4 (ПК-4.1)

100. Сдавление спинного мозга - эпидуральные гематомы, субарахноидальные кровоизлияния.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

101. Супратенториальные опухоли. Диагноз, лечение.

Неотложные состояния в неврологии

ОПК-10 (ОПК-10.1)

102. Коматозные состояния. Диагностика.

103. Кома при инфекционных и инфекционно-аллергических заболеваниях головного мозга.

104. Травматическая кома.

ПК-5 (ПК-5.1)

105. Клинические формы нарушения сознания в неотложных состояниях.

106. Коллапс. Синкопальные состояния.

107. Эпилептический припадок. Эпилептический статус.

4 семестр

Психоневрология и соматоневрология

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

108. Поражение нервной системы при заболеваниях внутренних органов.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

109. Эпилепсия. Клиника, диагноз, лечение.

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

110. Неврозы и неврозоподобные состояния.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

111. Паранеопластические поражения нервной системы.

ПК-4 (ПК-4.1)

112. Поражение нервной системы в терминальной стадии соматических заболеваний.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

113. Неврозоподобные состояния. Диагностика неврозов.

3.1.2. Тестовые задания

Выберите ОДИН правильный ответ.

1 семестр

Диагностические методы исследования в неврологии

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

1. Для тенториального (намета мозжечка) синдрома Бурденко – Крамера характерны:

- 1) боли в глазных яблоках;
- 2) светобоязнь;
- 3) кохлеовестибулярные расстройства;

4) верно 1. и 2.

2. Для ишемии в верхнем сосудистом бассейне спинного мозга характерны:

- 1) синдром внутричерепной гипертензии;
- 2) вялый парез рук и спастический парез ног;**
- 3) синдром паралитического ишиаса;
- 4) недержание мочи и кала.

3. Для разрыва аневризмы конвексимальных артерий мозга обязательны все перечисленные симптомы, кроме:

- 1) утраты сознания;**
- 2) головной боли;
- 3) очаговых неврологических симптомов;

- 4) менингеального синдрома.
4. Тромбоз основной артерии проявляется:
 - 1) преимущественным поражением варолиева моста;
 - 2) корковой слепотой;
 - 3) вегетативно-висцеральными кризами;
 - 4) всем перечисленным.**
5. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:
 - 1) динамическая;
 - 2) вестибулярная;
 - 3) статическая;**
 - 4) сенситивная.
6. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия:
 - 1) биназальная;
 - 2) гомонимная;**
 - 3) битемпоральная;
 - 4) нижнеквадрантная.
7. Для поражения лицевого нерва в области мостомозжечкового угла не характерны:
 - 1) слезотечение;**
 - 2) гиперакузия, сухость конъюнктивы;
 - 3) лагофтальм;
 - 4) сочетанное поражение v и viii пары.
8. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании:
 - 1) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной;
 - 2) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага;
 - 3) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной;**
 - 4) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага.
9. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении:
 - 1) центральных отделов перекреста зрительных нервов;**
 - 2) наружных отделов перекреста зрительных нервов;
 - 3) зрительных трактов перекреста зрительных нервов;
 - 4) зрительной лучистости с двух сторон.
10. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:
 - 1) обонятельного бугорка;
 - 2) обонятельной луковицы;
 - 3) височной доли;**
 - 4) теменной доли.
11. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:
 - 1) Бабинского;
 - 2) Оппенгейма;
 - 3) Россолимо;**
 - 4) Гордона.
12. Для преходящего нарушения мозгового кровообращения при поражении Вертебрально-базилярной системы не характерно наличие:
 - 1) двоения в глазах;

- 2) альтернирующих синдромов;
- 3) двусторонних парезов;
- 4) оптико-пирамидного синдрома.**

13. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:

- 1) мозжечковая;
- 2) сенситивная;**
- 3) вестибулярная;
- 4) корковая.

14. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения глубоких рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении:

- 1) продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева;**
- 2) продолговатого мозга на уровне XII нерва слева;
- 3) колена внутренней капсулы слева;
- 4) заднего бедра внутренней капсулы слева.

15. При полной блокаде субархноидального пространства на грудном уровне нарастание ликворного давления отмечается при пробе:

- 1) Квеккенштедта;
- 2) Стукея;
- 3) Пуссера;
- 4) верно 2. и 3.**

16. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении:

- 1) ножек мозга;
- 2) моста мозга;
- 3) продолговатого мозга;**
- 4) покрышки среднего мозга.

17. Амнестическая афазия наблюдается при поражении:

- 1) лобной доли;
- 2) теменной доли;
- 3) стыка лобной и теменной доли;
- 4) стыка височной и теменной доли.**

18. Истинный астереогноз обусловлен поражением:

- 1) лобной доли;
- 2) височной доли;
- 3) теменной доли;**
- 4) затылочной доли.

19. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:

- 1) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу;**
- 2) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами;
- 3) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи;
- 4) спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов.

20. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы:

- 1) верхней прямой;
- 2) наружной прямой;**
- 3) нижней прямой;

4) нижней косой.

21. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие:

- 1) **гомонимной гемианопсии;**
- 2) битемпоральной гемианопсии;
- 3) биназальной гемианопсии;
- 4) концентрического сужения полей зрения.

22. Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие:

- 1) **апраксии правой руки;**
- 2) левосторонней гемианопсии;
- 3) левосторонней гемиплегии;
- 4) анозогнозии.

23. Арахноидит мостомозжечкового угла следует дифференцировать;

- 1) от невриномы VIII нерва;
- 2) от арахноидэндотелиомы задней черепной ямки;
- 3) от сирингобульбии;
- 4) от всего перечисленного;
- 5) **верно 1. и 2.**

24. Арахноидит задней черепной ямки необходимо дифференцировать:

- 1) от опухоли той же локализации;
- 2) от синдрома Арнольда – Киари;
- 3) от синдрома Клиппеля – Фейля;
- 4) **от всего перечисленного.**

25. Выпадение верхних (или нижних) половин полей зрения обоих глаз характерно для поражения:

- 1) ретробульбарных отрезков обоих зрительных нервов;
- 2) перекреста зрительных нервов;
- а. **шпорной борозды обеих затылочных долей;**
- 3) **верно 1. и 2.**

Диагностические методы исследования в неврологии

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

26. Тромбоз глубоких мозговых вен отличается от тромбоза поверхностных мозговых вен наличием:

- 1) общемозговых симптомов;
- 2) признаков застоя на глазном дне;
- 3) **признаков поражения ствола головного мозга;**
- 4) менингеального синдрома.

27. Горметонией называют состояние, при котором наблюдается:

- 1) генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания;
- 2) повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей;
- 3) повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей;
- 4) **повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей.**

28. Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать:

- 1) Ангиографию;
- 2) Реоэнцефалографию;
- 3) компьютерную томографию;
- 4) транскраниальную доплерографию.**

29. Нарастание мидриаса на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено:

- 1) асимметричной гидроцефалией;
- 2) сдавлением коры моторной области;
- 3) ущемлением ствола в затылочном отверстии;
- 4) сдавлением ножки мозга.**

30. Электроэнцефалографическими признаками поверхностно расположенной супратенториальной опухоли является регистрация:

- 1) d-волн в отведении с ограниченного участка;**
- 2) d-волн во всех полушарных отведениях;
- 3) d-волн в симметричных участках обоих полушарий;
- 4) достоверных признаков не существует.

31. Исследование плазмы больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет:

- 1) повышение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию;
- 2) понижение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию;
- 3) повышение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
- 4) понижение уровня церулоплазмينا и гипокупремию (общая медь преимущественно связанная);**

32. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее:

- 1) 1 суток;**
- 2) 1 недели;
- 3) 2 недель;
- 4) 3 недель.

33. Для синдрома ущемления большеберцового нерва (синдром тарзального канала) характерны:

- 1) боль в области подошвы;
- 2) припухлость в области наружной лодыжки;
- 3) парезы сгибателей пальцев стопы;
- 4) верно 1. и 3.**

34. Для синдрома ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки характерны:

- 1) слабость подошвенных сгибателей стопы;
- 2) гипотрофия перонеальной группы мышц;
- 3) гипоалгезия наружной поверхности голени;
- 4) верно 2. и 3.**

35. Для компрессионной нейропатии срединного нерва (синдром запястного канала) характерны:

- 1) слабость IV, V пальцев;
- 2) атрофия мышц возвышения большого пальца;
- 3) усиление болей в кисти при ее сгибании;
- 4) **верно 2. и 3.**

Диагностические методы исследования в неврологии
ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

36. Для клинических проявлений тромбоза поверхностных мозговых вен наиболее характерным является:

- 1) наличие общемозговых симптомов
- 2) отек дисков зрительных нервов
- 3) **изменчивость очаговых полушарных симптомов**
- 4) менингеальный синдром.

37. При разрыве супратенториальной артериовенозной аневризмы чаще, чем при разрыве артериальной аневризмы, происходит:

- 1) истечение крови в цистерны основания мозга;
- 2) развитие менингеального синдрома;
- 3) развитие асимметричной гидроцефалии;
- 4) **развитие внутримозговой гематомы.**

38. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния первично необходимы данные:

- 1) ангиографии;
- 2) реоэнцефалографии;
- 3) ультразвуковой доплерографии;
- 4) **компьютерной томографии.**

39. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной:

- 1) **гомогенного повышения плотности;**
- 2) гомогенного понижения плотности;
- 3) неоднородного повышения плотности;
- 4) отека мозга.

40. Патогномоничным признаком гипоталамического синдрома являются:

- 1) вегетативные кризы;
- 2) нарушения терморегуляции;
- 3) мотивационно-поведенческие расстройства;
- 4) **все перечисленное неверно.**

41. Поражение нервной системы при узелковом периаптериите проявляется:

- 1) множественными мононейропатиями;
- 2) миелопатией;
- 3) субарахноидальными кровоизлияниями;
- 4) **всем перечисленным.**

42. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется:

- 1) усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен;

2) нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку;

3) усилением корешковых болей при сгибании головы к груди;

4) нарастанием неврологической симптоматики после пункции.

43. Разрешающая способность компьютерной томографии по определению разницы плотности разных тканей позволяет отличить:

1) ткань мозга и желудочки;

2) ткань мозга и мозговые сосуды;

3) ткань серого и белого вещества;

4) верно 1. и 3.

44. Характерным электроэнцефалографическим признаком очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите является:

1) диффузное снижение вольтажа волн;

2) появление d- и q-волн;

3) наличие пиков (спайков и острых волн);

4) наличие асимметричных гигантских волн.

45. Разрешающая способность компьютерной томографии мозга имеет ограничения и не позволяет определить КТ-контрастные патологические очаги в мозге диаметром менее:

1) 1.5'1.5 мм;

2) 2.5'2.5 мм;

3) 3.5'3.5 мм;

4) 4.5'4.5 мм.

46. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано:

1) при остром нарушении мозгового кровообращения;

2) при внутричерепной гипертензии;

3) при коматозном состоянии;

4) при перфорации барабанной перепонки.

47. Походка с раскачиванием туловища из стороны в сторону характерна для больного:

1) с фуникулярным миелозом;

2) с дистальной моторной диабетической полинейропатией;

3) с невралгической амиотрофией Шарко – Мари;

4) с прогрессирующей мышечной дистрофией.

48. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальце-носовой пробы характерно:

1) для статико-локомоторной атаксии;

2) для динамической атаксии;

3) для лобной атаксии;

4) для сенситивной атаксии.

49. Для выявления сенситивной атаксии следует попросить больного:

1) осуществить фланговую походку;

2) стать в позу Ромберга с закрытыми глазами;

3) стоя, отклониться назад;

4) пройти с закрытыми глазами.

50. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует:

- 1) сильно наклонить голову больного вперед;
- 2) сдавить яремные вены;**
- 3) надавить на переднюю брюшную стенку;
- 4) наклонить голову больного назад.

51. Для выявления амнестической афазии следует:

- 1) проверить устный счет;
- 2) предложить больному назвать окружающие предметы;**
- 3) предложить больному прочитать текст;
- 4) убедиться в понимании больным обращенной речи.

52. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному:

- 1) поднять руку;
- 2) коснуться правой рукой левого уха;
- 3) сложить заданную фигуру из спичек;**
- 4) выполнить различные движения по подражанию.

53. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному:

- 1) коснуться пальцем кончика носа;
- 2) осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук;
- 3) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками;**
- 4) стоя, отклониться назад.

**Методы лечения неврологических больных
ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)**

54. Наиболее эффективным в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является:

- 1) хлористый кальций и викасол;
- 2) эпсилонаминокапроновая кислота;
- 3) гепарин с антитромбином;
- 4) гепарин с замороженной плазмой;**
- 5) верно 1. и 2;
- 6) верно 3. и 4.

55. Наиболее частой причиной одностороннего феномена Рейно является:

- 1) синдром верхней апертуры грудной клетки;**
- 2) синдром запястного канала;
- 3) шейная радикулопатия;
- 4) спондилогенная цервикальная миелопатия.

56. Фармакотерапия больным с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью:

- 1) улучшения церебральной гемодинамики;**
- 2) регресса очаговой церебральной симптоматики;
- 3) всего перечисленного;
- 4) верно 1. и 2.

57. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить:

- 1) компьютерную томографию;
- 2) компьютерную томографию с контрастированием;
- 3) магнитно-резонансную томографию;**
- 4) позитронно-эмиссионную томографию.

58. Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования:

- 1) четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга;
- 2) визуализируются сосуды мозга и оболочек;
- 3) можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга;
- 4) легко определяются петрификаты в ткани мозга.
- 5) Все кроме второго**

59. Контрастное усиление при компьютерной томографии мозга применяют в случаях, если необходимо:

- 1) выявить отек мозга, сопутствующий инсульту
- 2) установить геморрагическое пропитывание очага ушиба мозга
- 3) определить геморрагический инфаркт мозга
- 4) оценить состояние гематоэнцефалического барьера независимо от характера церебрального процесса**

Методы лечения неврологических больных

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

60. Чтобы купировать мышечные проявления нейrogenного гипервентиляционного синдрома, назначают:

- 1) прозерин;
- 2) глюконат или хлорид кальция;**
- 3) хлорид натрия;
- 4) хлорид калия.

61. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит:

- 1) снижение артериального давления и замедление кровотока;
- 2) повышение вязкости и агрегации;
- 3) повышение коагуляционной активности крови;
- 4) повышение фибринолитической активности крови.**

62. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять:

- 1) спустя 3 дня после травмы;**
- 2) спустя неделю после травмы;
- 3) в резидуальном периоде;
- 4) в любые сроки.

2 семестр

Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания центральной нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

63. Для острого некротического герпетического энцефалита характерно преимущественное поражение следующих образований головного мозга:

- 1) височных долей, лимбической области;
- 2) лобных долей;
- 3) теменных и затылочных долей;
- 4) мозжечка.

64. Развитие синдрома Уотерхауса - Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения:

- 1) стафилококкового менингита;
- 2) пневмококкового менингита;
- 3) менингита, вызванного вирусом Коксаки;
- 4) менингококкового менингита.

65. Морфологическим субстратом пирамидных симптомов при остром рассеянном энцефаломиелите являются:

- 1) пролиферация мезоглии в белом веществе;
- 2) гибель осевых цилиндров;
- 3) распад миелина;
- 4) верно 2. и 3.

66. Абсцессы мозга как осложнение основного заболевания чаще встречаются при менингите, вызванном:

- 1) палочкой Афанасьева - Пфейффера
- 2) стафилококком
- 3) пневмококком
- 4) лептоспирами

67. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы:

- 1) Коксаки
- 2) простого герпеса
- 3) кори
- 4) паротита

68. Инфекционный полиневрит вызывают:

- 1) дифтерия
- 2) ботулизм
- 3) проказа
- 4) все перечисленное

69. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

- 1) острое начало заболевания с повышением температуры;
- 2) острое начало заболевания с менингеальным синдромом;
- 3) изменение спинномозговой жидкости;
- 4) синдром инфекционно-токсического шока.

70. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного:

- 1) вирусами гриппа;
- 2) пневмококком;
- 3) вирусом паротита;

4) туберкулезной палочкой.

Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания центральной нервной системы

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

71. Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического переднего полиомиелита, возникающей после "малой болезни" и последующего латентного периода, характеризуются наличием:

- 1) судорог мышц
- 2) фибриллярных подергиваний
- 3) вялых параличей**
- 4) верно 1. и 2.

72. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет:

- 1) одностороннюю гомонимную гемианопсию
- 2) нижнеквадрантную гемианопсию
- 3) битемпоральную гемианопсию**
- 4) биназальную гемианопсию

73. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается:

- 1) невринома VIII в I (отитатической) стадии клинического течения
- 2) невринома VIII во II (отоневрологической) стадии клинического течения**
- 3) опухоль височной доли
- 4) опухоль лобной доли

74. Для изменений ликвора при вирусных энцефалитах не характерно наличие:

- 1) лимфоцитарного плеоцитоза
- 2) увеличения содержания белка
- 3) увеличения содержания глюкозы и хлоридов**
- 4) верно 1. и 2.

Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания центральной нервной системы

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

75. Развитие синдрома Уотерхауса - Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения:

- 1) стафилококкового менингита;
- 2) пневмококкового менингита;
- 3) менингита, вызванного вирусом Коксаки;
- 4) менингококкового менингита.**

76. Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического переднего полиомиелита, возникающей после "малой болезни" и последующего латентного периода, характеризуются наличием:

- 1) судорог мышц
- 2) фибриллярных подергиваний
- 3) вялых параличей**
- 4) верно 1. и 2.

77. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет:

- 1) одностороннюю гомонимную гемианопсию
- 2) нижнеквадрантную гемианопсию
- 3) битемпоральную гемианопсию**
- 4) биназальную гемианопсию

78. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается:

- 1) невринома VIII в I (отиатрической) стадии клинического течения
- 2) невринома VIII во II (отоневрологической) стадии клинического течения**
- 3) опухоль височной доли
- 4) опухоль лобной доли

Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания центральной нервной системы

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

79. Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического переднего полиомиелита, возникающей после "малой болезни" и последующего латентного периода, характеризуются наличием

- 1) судорог мышц
- 2) фебрильных подергиваний
- 3) вялых параличей**
- 4) верно 1. и 2.

80. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет:

- 1) одностороннюю гомонимную гемианопсию
- 2) нижнеквадрантную гемианопсию
- 3) битемпоральную гемианопсию**
- 4) биназальную гемианопсию

81. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается:

- 1) невринома VIII в I (отиатрической) стадии клинического течения
- 2) невринома VIII во II (отоневрологической) стадии клинического течения**
- 3) опухоль височной доли
- 4) опухоль лобной доли.

82. Для изменений ликвора при вирусных энцефалитах не характерно наличие:

- 1) лимфоцитарного плеоцитоза
- 2) увеличения содержания белка
- 3) увеличения содержания глюкозы и хлоридов**
- 4) верно 1. и 2.

Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания центральной нервной системы

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

83. Развитие синдрома Уотерхауса - Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения:
- 1) стафилококкового менингита
 - 2) пневмококкового менингита
 - 3) менингита, вызванного вирусом Коксаки
 - 4) менингококкового менингита**
84. Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического переднего полиомиелита, возникающей после "малой болезни" и последующего латентного периода, характеризуются наличием:
- 1) судорог мышц
 - 2) фибриллярных подергиваний
 - 3) вялых параличей**
 - 4) верно 1. и 2.
85. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет:
- 1) одностороннюю гомонимную гемианопсию
 - 2) нижнеквадрантную гемианопсию
 - 3) битемпоральную гемианопсию**
 - 4) биназальную гемианопсию
86. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается:
- 1) невринома VIII в I (отиатрической) стадии клинического течения
 - 2) невринома VIII во II (отоневрологической) стадии клинического течения**
 - 3) опухоль височной доли
 - 4) опухоль лобной доли

3 семестр

Травмы нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

87. Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено:
- 1) асимметричной гидроцефалией
 - 2) сдавлением моторной области коры
 - 3) ущемлением ствола в затылочном отверстии
 - 4) придавливанием ножки мозга к мозжечковому намету**

Травмы нервной системы

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

88. Безусловным клиническим признаком перелома основания черепа является:
- 1) кровотечение из уха
 - 2) ликворея из уха
 - 3) кровянистый ликвор
 - 4) верно 1. и 2.**

Травмы нервной системы

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

89. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, назначают:

- 1) седуксен
- 2) аминазин
- 3) гексенал
- 4) галоперидол
- 5) **любой из перечисленных препаратов**

Травмы нервной системы

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

90. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине:

- 1) плавающего зрения
- 2) горметонического синдрома
- 3) гиперкатаболического типа вегетативных функций
- 4) нарушения сознания
- 5) **всех перечисленных проявлений**

91. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют:

- 1) ушиб головного мозга легкой степени тяжести
- 2) сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы
- 3) **сотрясение головного мозга тяжелой степени**
- 4) сдавление головного мозга на фоне его ушиба

Травмы нервной системы

ПК-4 (ПК-4.1)

92. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз:

- 1) сотрясение мозга
- 2) **субарахноидальное кровоизлияние**
- 3) ушиб мозга
- 4) внутричерепная гематома

93. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме:

- 1) легкой открытой
- 2) **легкой закрытой**
- 3) открытой средней тяжести
- 4) закрытой средней тяжести

94. К открытой черепно-мозговой травме относится травма:

- 1) с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
- 2) **с повреждением апоневроза**
- 3) с переломом костей свода черепа
- 4) с переломом костей основания черепа без ликвореи

95. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется:

- 1) **длительным коматозным состоянием с момента травмы**
- 2) развитием комы после "светлого" периода

- 3) отсутствием потери сознания
- 4) кратковременной потерей сознания

Травмы нервной системы

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

96. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует:

- 1) о внутричерепной гематоме**
- 2) о переломе костей черепа
- 3) о всем перечисленном
- 4) верно 1. и 2.

Неотложные состояния в неврологии

ОПК-10 (ОПК-10.1)

97. Сопор в отличие от комы характеризуется:

- 1) сохранностью вербального контакта
- 2) сохранностью целенаправленных защитных двигательных реакций**
- 3) отсутствием целенаправленных защитных двигательных реакций
- 4) отсутствием реакций на внешние раздражители

98. При отравлении фосфорорганическими соединениями снижение артериального давления, брадикардия, сужение зрачков обусловлены:

- 1) повышением активности симпатической системы
- 2) снижением активности симпатической системы
- 3) повышением активности парасимпатической системы**
- 4) снижением активности парасимпатической системы

99. Для холинергического криза не характерно наличие:

- 1) мидриаза**
- 2) гиперсаливации
- 3) усиления перистальтики кишечника
- 4) миофибрилляций

Неотложные состояния в неврологии

ПК-5 (ПК-5.1, ПК- 5.2, ПК-5.3)

100. Повышение гематокрита наиболее характерно для гипергликемической комы:

- 1) кетоацидотической
- 2) гиперосмолярной**
- 3) лактацидотической
- 4) всех перечисленных

3.1.3. Тематика рефератов

1. Вирусные энцефалиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение и профилактика.
2. Гнойные менингиты (менингоэнцефалиты): Менингококковый. Пневмококковый. Гнойный менингит, вызванный другими возбудителями. Лечение и профилактика.
3. Поражение нервной системы при ВИЧ и сифилисе.
4. Нейросифилис. Классификация. Клинические формы. Диагностика. Лечение и профилактика.
5. Первичные поражения н.с. вызванные ВИЧ.
6. ВИЧ-энцефалопатия.

7. Острый рецидивирующий ВИЧ-менингит Вторичные вирусные инфекции (энцефалиты, васкулиты, миелиты). Неоплазмы Первичная лимфома.
8. Инфекционно-аллергические поражения нервной системы.
9. Параинфекционные и поствакцинационные, энцефаломиелиты. Постветряночные. Постскарлатинозные. После прививки оспы. После краснухи
10. Невроз навязчивых состояний. Клиника неврастении. Клиника истерии. Клиника невроза навязчивых состояний.
11. Неврозы с двигательными нарушениями (заикание, тики, судороги и др.) Реактивные (психогенные) состояния. Неврозоподобные состояния. Диагностика неврозов. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз.
12. Эпилепсия. Патогенез эпилепсии. Клинические формы припадков. Генерализованные. Абсансы. Большие эпилепсии. Парциальные припадки. Простые. Сложные. Вторично- генерализованные. Клинические формы эпилепсии. (Первичная генерализованная эпилепсия. Парциальная эпилепсия. Височная. Джексоновская).
13. Поражение нервной системы при заболеваниях внутренних органов: при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, крови, соединительной ткани, органов дыхания, щитовидной железы, надпочечников и др.
14. Паранеопластическое поражение центральной нервной системы. Поражение нервной системы при алкоголизме, токсикоманиях. Общие принципы диагностики и лечения.

3.1.3. Ситуационные задачи

2 семестр

Заболевания периферической нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

1. У мужчины 42 лет появились сильные опоясывающие боли в левой половине грудной клетки, в связи с чем, был госпитализирован в кардиологическое отделение.

Экстренные исследования ЭКГ и биохимического анализа крови не выявили сердечной патологии. Через два дня в левой половине грудной клетки, на уровне соска, в зоне болей появились высыпания в виде пузырьков. Осмотр невролога выявил зону гипестезии в этой же области.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Лечение?
- 4) Какими препаратами наиболее целесообразно купировать болевой синдром?

ОТВЕТ:

- 1) Спинномозговой ганглий пятый грудной слева.
- 2) Герпетический ганглионит
- 3) Фармакотерапия: противовирусные препараты (ацикловир, фамцикловир), анальгетики, НПВС, анестезирующие кремы (местно), антиконвульсанты, антидепрессанты. Нефармакологические методы: физиотерапевтические процедуры, рефлексотерапия.
- 4) НПВС (неселективные ингибиторы ЦОГ, или преимущественно ингибирующие ЦОГ2, или селективные ингибиторы ЦОГ2 (с учетом риска осложнений со стороны ЖКТ и кардиоваскулярного риска), антиконвульсанты (карбамазепин, габапентин). При постгерпетической невралгии: антиконвульсанты и антидепрессанты.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

2. Во время проведения профессионального осмотра на химическом заводе, один из рабочих пожаловался на ощущение онемения и слабости в стопах, появившиеся несколько месяцев назад, но последнее время усилившиеся. Объективно: выявляется угнетение

карпорадиальных и ахилловых рефлексов, гипестезия в дистальных отделах конечностей, дистальный гипергидроз, лабильность ЧСС.

Задания:

- 1) Какое заболевание можно предположить?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Перечислите факторы внешней среды, которые могут вызвать данное заболевание.
- 4) Какие мероприятия должны быть предприняты на производстве?
- 5) Какие обследования для уточнения диагноза целесообразно провести?
- 6) Тактика лечения?
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 8) Предложите профилактические мероприятия.

ОТВЕТ:

- 1) Полинейропатия при экзогенной интоксикации, сенсорно-моторно-вегетативная.
- 2) Множественное поражение нервов верхних и нижних конечностей
- 3) Промышленные яды, используемые при производстве. Наиболее частыми причинами развития интоксикаций являются соединения тяжелых металлов, ФОС, отравление СО.
- 4) Обследование предприятия на предмет соблюдения безопасности технологического процесса, и использования средств индивидуальной защиты работниками подразделения.
- 5) Токсикологическое исследование, ЭНМГ, ЭКГ.
- 6) Дезинтоксикационная терапия, тиамин, и другие витамины группы В., при необходимости коррекция дефицита магния (магне-В6,) при сопутствующем поражении печени гепатопротекторная терапия: препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктацид, берлитион, эспалипон, тиогамма), эссенциале, гепа –мерц и др. При парезах: препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин).
- 7) ФТЛ, физические упражнения (ЛФК).
- 8) Первичная профилактика должна быть связана с экспертизой гигиены труда, выявлением проф.вредности на производстве и соблюдением технологического процесса.

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

3. Мужчина 53 лет, страдающий хроническим панкреатитом, пришел в поликлинику с жалобами на онемение, «жжение» в стопах, боль в мышцах голеней, неуверенность при ходьбе, особенно в темное время, парестезии в пальцах рук, Эти явления появились около 5ти недель назад. Наблюдается у нарколога в связи со злоупотреблением спиртными напитками.

Врач выявил: снижение силы разгибателей стоп, гипотонию икроножных мышц, ахилловы рефлекс не вызываются, снижены карпорадиальные рефлекс. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 4) План обследования?
- 5) Лечение?
- 6) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 7) Предложите профилактические мероприятия.

ОТВЕТ:

- 1) Множественное поражение нервов верхних и нижних конечностей.
- 2) Полинейропатия нижних и верхних конечностей алкогольная (сенсорно-моторная).
- 3) Экстренная госпитализация не требуется.

4) Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ билирубин, глюкоза). При необходимости УЗИ печени, поджелудочной железы. ЭНМГ.

5) Полный отказ от алкоголя и обеспечение адекватной богатой витаминами диетой. Парентеральное введение тиамина, и других витаминов группы В., с последующим переходом на прием внутрь, прием фолиевой кислоты. Коррекция дефицита магния (магне-В6.). При сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктаcid, берлитион, эспалипон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др.

Антиконвульсанты (габапентин) и антидепрессанты (амитриптиллин, тебантин) для купирования боли. При выраженном парезе препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин), ФТЛ, физические упражнения, для укрепления мышц, предотвращения развития «конской стопы».

6) ФТЛ, физические упражнения, для укрепления мышц.

7) Полный отказ от алкоголя под руководством нарколога, участие в реабилитационной группе, основанной по принципу групп общества «Анонимные алкоголики», семейная психотерапия.

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

4. Мужчина 35 лет поступил с жалобами на слабость в ногах. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ОРВИ. Два дня назад отметил затруднение при подъеме по лестнице. В неврологическом статусе: мышечный тонус в ногах снижен, снижена сила в дистальных отделах конечностей – до 4 баллов, в проксимальных отделах – до 3 баллов. Глубокие рефлексы с ног не вызываются. Патологических стопных рефлексов нет. Отмечается легкая слабость в проксимальных отделах рук. Глубокие рефлексы на руках снижены, больше в проксимальных отделах. Умеренно выражены симптомы натяжения (с-м Лассега с 50) с двух сторон, других чувствительных нарушений нет. Функция тазовых органов не нарушена.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 4) Возможные осложнения и исходы заболевания?
- 5) План обследования
- 6) Лечение?
- 7) План реабилитационных мероприятий.
- 8) Может ли потребоваться экспертиза трудоспособности?
- 9) Рекомендации после восстановления?

ОТВЕТ:

- 1) Множественное поражение корешков и нервов конечностей.
- 2) Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (синдром Гийена-Барре.)

3) Да

4) Летальный исход у больных, требующих ИВЛ. Непосредственной причиной смерти могут быть тяжелая дыхательная недостаточность, тяжелые нарушения ритма сердца (вплоть до остановки кровообращения), ТЭЛА. Может сформироваться стойкое остаточное явление в виде слабости и гипотрофии мышц, выраженных дизестезий в дистальных отделах конечностей, болезненные мышечные спазмы, повышенная утомляемость. Часто – полное восстановление.

5) Исследование ЦСЖ, клинический анализ крови, исследования уровня электролитов, печеночные пробы, тесты на СКВ, ВИЧ, ЭНМГ через 2-3 недели.

6) Плазмаферез (4-6 сеансов, кратность: через 1-2 дня), иммуноглобулин в/в по 0,4 г/кг/сут в течение 5 суток, для профилактики тромбоза глубоких вен голени (при развитии

плегии в ногах) введение фраксипарина 0,3 мл п/к 1-2 р/день, или гепарин 2,5-5 тыс ЕД п/к, 2р/день. Поддержание адекватного водно-электролитного баланса. При нарастании явлений дыхательной недостаточности – ИВЛ. При необходимости терапия,

направленная на коррекцию кардиальных нарушений, осложнений со стороны ЖКТ.

Ранняя реабилитация.

7) В раннем периоде - комплекс лечебных мероприятий, раннее расширение двигательного режима, в т.ч. пассивные движения.

8) Да

9) Воздержаться от вакцинации, способной спровоцировать рецидив заболевания.

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

5. Студент четвёртого курса работал во время «практики» в приемном отделении. На дежурстве, в момент переключивания больного с каталки на рентгеновский стол, внезапно, почувствовал боль в пояснице, с трудом смог выпрямиться через несколько минут. Наследующий день, в связи с сохраняющейся болью, обратился к врачу. При осмотре: выпрямление поясничного лордоза, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Рефлексы с ног живые, одинаковые с обеих сторон, патологических знаков нет, нарушений чувствительности не выявлено. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника костно-травматических повреждений нет.

Задания:

1) Поставьте клинический диагноз?

2) Предложите тактику лечения?

3) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?

4) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.

5) Показано ли санаторно-курортное лечение?

6) Предложите план профилактических мероприятий.

ОТВЕТ:

1) Лямбаго.

2) Немедикаментозное: Постизометрическая релаксация, «сухое» тепло, ИРТ, Медикаментозное: миорелаксанты, короткий курс НПВП при отсутствии противопоказаний.

3) Постизометрическая релаксация, «сухое» тепло, ИРТ

4) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок

5) Нет, но возможно.

6) Регулярные физические упражнения направленные на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

6. Женщина 28 лет, поднимая на руки своего трехлетнего сына, внезапно, почувствовала сильную боль в пояснице. С трудом смогла разогнуться. В связи с сохранением боли, на следующий день обратилась к врачу. При осмотре: выпрямлен поясничный лордоз, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Тонус и сила в ногах не изменены. Глубокие рефлексы с ног живые, симметричные. Чувствительных нарушений не выявлено, симптом Лассега отрицателен с обеих сторон.

Задания:

1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

2) Какие рекомендации по лечению в домашних условиях вы можете дать?

- 3) Какие обследования вы бы рекомендовали провести?
- 4) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 5) Показано ли санаторно-курортное лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Лямбаго.
- 2) Сухое тепло, местно-согревающая мазь, миорелаксанты.
- 3) МРТ пояснично-крестцового отдела.
- 4) На период интенсивного болевого синдрома - ограничительный, затем расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

5) Нет

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

7. У мужчины 26 лет, на следующий день после первой в сезоне лыжной прогулки (18км), возникла боль в пояснице, сохраняющаяся в течение трех дней. При осмотре выявляется напряжение мышц спины, поясничной области, ограничение подвижности в поясничном отделе. Других нарушений при осмотре не выявлено.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный диагноз.
- 2) Предложите наиболее целесообразные методы терапии.
- 3) Нужны ли дополнительные методы обследования (какие и для чего)?
- 4) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 5) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Лямбалгия.
- 2) Сухое тепло, согревающая мазь местно. Упражнения для постизометрической релаксации мышц, миорелаксанты. При выраженном болевом синдроме и отсутствии противопоказаний – короткий курс НПВС.
- 3) При купировании болевого синдрома – не целесообразно. При длительном сохранении болевого синдрома КТ поясничного отдела позвоночника для исключения травматического повреждения.
- 4) Ограничительный на период острой и интенсивной боли.
- 5) Да
- 6) Нет
- 7) Полное восстановление.

Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания центральной нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

8. Студент 5 курса медицинского ВУЗа, через 14 дней после окончания цикла инфекционных болезней, заболел эпидемическим паротитом. На фоне высокой температуры, через 3 дня после припухания желез, появилась интенсивная головная боль, сопровождающаяся рвотой. В связи с ухудшением состояния повторно вызвал участкового врача. При осмотре выявлены положительные менингеальные симптомы.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?

- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 6) Существуют ли меры первичной профилактики?
- 7) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Вторичный паротитный менингит
- 3) Анализ ликвора общий, серологическое исследование, ПЦР
- 4) Лечение симптоматическое
- 5) Госпитализировать больного, проводить клиническое наблюдение за контактными лицами, контактные лица не болевшие и не привитые подлежат иммунизации.
- 6) Первичная профилактика касается эпидемического паротита (а не менингита), вакцинация по графику.
- 7) Обычно наступает полное выздоровление.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

9. Родители 9ти летнего ребенка вызвали врача на дом. Рассказали, что в течение 2,5 недель у сына была небольшая температура 37,2- 37,5, плохо себя чувствовал, болела голова, была однократная рвота. Сегодня с утра появилось двоение в глазах. За последний год похудел на 3 кг, часто жаловался на утомляемость, ухудшилась успеваемость в школе, появился частый кашель. Врач выявил: умеренно выраженный менингеальный синдром, легкое расходящееся косоглазие и легкий птоз справа. Мальчика срочно госпитализировали. Анализ ликвора: давление 400 мм водного столба, жидкость бесцветная, через 24 часа появилась неясная фибриновая сетка, белок 0,65 г/л, цитоз 200 в 1 мм³, преобладают лимфоциты, сахар 0,6 ммоль/л.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) III пара ЧН справа, оболочки головного мозга
- 2) Туберкулезный менингит
- 3) Исследование ликвора: окрашивание на кислотоустойчивые бактерии, посев, биохимическое исследование ликвора на активность аденозин дезаминазы (АДА), ПЦР.
- 4) «Тройная» терапия: изониазид, рифампицин, пиразинамид, витамин В6.
- 5) Полное выздоровление, 20-30% резидуальный неврологический дефицит, летальность до 10%.

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

10. Во время летних каникул, находясь у бабушки в деревне в Белоруссии, 14-летний подросток регулярно пил козье молоко, которое покупала бабушка в соседней деревне.

Внезапно у него возник озноб, поднялась температура до 39 градусов, заболела голова, была рвота. На второй день болезни был жидкий стул, боли в животе. Через 2 дня температура снизилась, но еще через 2, вновь поднялась, стал сонлив и спутан, в связи с чем доставлен в больницу. В больнице определили положительные симптомы ригидности шейных мышц, Кернига и Брудзинского. Очаговой неврологической симптоматики выявлено не было. В анализе ликвора: бесцветный, прозрачный, давление –350 мм вод.ст., цитоз- 200 кл. в 1 мкл, смешанного х-ра, с преобладанием лимфоцитов.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предположите возможный источник заражения.

ОТВЕТ:

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Клещевой энцефалит, менингеальная форма
- 3) Анализ ликвора на выявление вируса – серологическое исследование, ПЦР
- 4) Лечение этиотропное – рекомбинантный интерферон (реаферон) в сочетании с препаратами прямого противовирусного действия на РНК и ДНК вирусов (рибавирин, амиксин), патогенетическая – противоотечная (маннитол, дексазон, диакарб), нейропротективная, витамины (мильгамма)
- 5) Энтеральный путь заражения, козье молоко.

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

11. Мужчина 51 года был госпитализирован с подозрением на стенокардию из-за выраженного болевого синдрома в левой половине грудной клетки.

Проведенное обследование (биохимические анализы крови, ЭКГ, Эхо-КГ) патологии не выявило. Через 2 дня у пациента слева на уровне сосков появились пузырьковые высыпания в виде опоясывающей полосы, в этой же области зона гипестезии.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте клинический диагноз?
- 3) Предложите план лечения.
- 4) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Радикулопатия Т4 слева
- 2) Опоясывающий лишай. Ганглиорадикулопатия Т4 слева
- 3) Ацикловир
- 4) Полное выздоровление, возможно развитие постгерпетической невралгии.

Хронические прогрессирующие заболевания нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

12. Студент 18 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на общую слабость, недомогание, нарушение зрения (нечеткость, снижение остроты), неприятные ощущения в глазах. Данные симптомы появились 2 дня назад после перенесенного простудного заболевания. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисэмбриогенеза. Менингеальных знаков нет, глубокие рефлексы оживлены, брюшные рефлекс вялые, патологических рефлексов нет, чувствительных расстройств не выявлено, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Заключение офтальмолога: ретробульбарный неврит.

Задание:

- 1) О каком заболевании следует думать, учитывая клинические данные и заключение офтальмолога?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Топический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Рассеянный склероз, церебральная форма (оптическая), первичная атака.
- 2) Невролога.
- 3) Поражение зрительного нерва.
- 4) Неврологический осмотр, клинический анализ крови, исследование иммунного статуса

(повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

- 5) Да, в неврологический стационар.

6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут. в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Начало заболевания с ретробульбарного неврита можно считать относительно благоприятным прогностическим фактором. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

13. Программист 27 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на дрожание верхних конечностей, усиливающееся при целенаправленных движениях, затрудняющие профессиональную деятельность и самообслуживание (прием пищи, застегивание пуговиц, бритье, умывание и т.п.), шаткость при ходьбе, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, ощущение прохождения тока по спине и конечностям при наклоне головы вперед. Данные симптомы, постепенно нарастая, появились около 3-х месяцев назад после ДТП, в котором получил черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга). Известно, что 5 лет назад в период весенней сессии на фоне умственной

нагрузки и переутомления (написание дипломной работы, сдача экзаменов) возникло ухудшение зрения (ощущение нечеткости и пятна в поле зрения правого глаза), которое самопроизвольно регрессировало через 1-1,5 недели. При осмотре: несколько

расторможен, эйфоричен, интенционный тремор верхних конечностей, адиадохокинез, дисметрия, горизонтальный нистагм, дизартрия с элементами скандирования, глубокие рефлексы высокие $D \geq S$, с расширением рефлексогенных зон, симптомы орального автоматизма, патологические знаки Бабинского, Жуковского справа и слева. Брюшные рефлексы отсутствуют с обеих сторон. Вибрационная чувствительность отсутствует ниже гребней подвздошных костей, гемигипестезия поверхностной чувствительности справа, походка атактическая.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Мозжечок, спинной мозг, головной мозг (пирамидный путь и путь поверхностной чувствительности слева).
- 2) Невролога.
- 3) Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.
- 4) Неврологический осмотр, офтальмоскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в кровяноспинномозговой жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

- 5) Да, в неврологический стационар.

6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут. в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Начало заболевания с ретробульбарного неврита можно считать относительно благоприятным прогностическим фактором. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

14. Женщина 35ти лет стала жаловаться на нарушение мочеиспускания – когда возникает позыв, не может долго терпеть и если рядом нет туалета, возникает самопроизвольное мочеиспускание. Женщина обследовалась у уролога и гинеколога, причин для данных жалоб выявлено не было. Ее направили к неврологу, который выявил признаки

нижнего спастического парапареза и назначил дообследование. Офтальмолог выявил частичную атрофию дисков зрительных нервов. На МРТ с контрастированием головного и спинного мозга: множественные паравентрикулярные очаги демиелинизации разной давности; очаг демиелинизации на уровне Т 7

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Предложите тактику лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

ОТВЕТ:

1) Зрительные нервы, пирамидные пути в головном и спинном мозге (см. МРТ).
2) Рассеянный склероз.
3) Госпитализация показана в неврологический стационар.
4) Исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (желательно с введением контраста, гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

5) Иммуносупрессия: кортикостероиды, натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция:

интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44

мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

8) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.

9) Да, показано.

Поражение нервной системы при системных заболеваниях соединительной ткани ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

15. Женщина 27 лет после медицинского аборта, стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век. Обратилась к знакомому неврологу. При неврологическом осмотре: 2х сторонний

неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие пробы необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Предложите тактику лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

ОТВЕТ:

Ответ:

- 1) Миастения. Глазная форма (класс I).
- 2) Госпитализация показана.
- 3) Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость (фиксированный взгляд вверх), фармакологическую пробу (с прозеринном).
- 4) ЭНМГ, уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам, МРТ средостения (для выявления тимомы).
- 5) Антихолинэстеразные препараты (пролонгированного действия – калимин), кортикостероиды, цитостатики, тимэктомия.
- 6) Тяжесть и исход заболевания зависят от степени компенсации миастенических симптомов после введения АХЭП. Прогностически неблагоприятным фактором являются большие дозы АХЭП в дооперационном периоде (10-20 стандартных доз в сутки) и относительная «прозеринорезистентность». Возможно усугубление птоза, глазодвигательных расстройств и генерализация процесса.
- 7) Потребуется.
- 8) Противопоказаний нет

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

16. Пациентка 48 лет страдает генерализованной миастенией (III класс), заболела ОРВИ, которая осложнилась отитом. Врач назначил курс аминогликозидных антибиотиков. На этом фоне у пациентки внезапно усилились все проявления болезни, выросла слабость и появилась выраженная одышка.

Задание:

- 1) Объясните с чем связано ухудшение состояния.
- 2) Поставьте клинический диагноз.
- 3) Предложите тактику лечения.
- 4) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Ухудшение могло быть спровоцировано интеркуррентной инфекцией и приемом аминогликозидных антибиотиков, которые снижают чувствительность постсинаптической мембраны к ацетилхолину.
- 2) Миастенический криз.
- 3) Ведение иммуноглобулина или плазмаферез, отмена аминогликозидных антибиотиков и замена их препаратами другой фармакологической группы.
- 4) Улучшение состояния на фоне лечения, без лечения – возможен летальный исход.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

17. Пациентка 48 лет страдает генерализованной миастенией (III класс), заболела ОРВИ, которая осложнилась отитом. Врач назначил курс аминогликозидных антибиотиков. На этом фоне у пациентки внезапно усилились все проявления болезни, выросла слабость и появилась выраженная одышка.

Задание:

- 1) Объясните с чем связано ухудшение состояния.
- 2) Поставьте клинический диагноз.
- 3) Предложите тактику лечения.
- 4) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

1) Ухудшение могло быть спровоцировано интеркуррентной инфекцией и приемом аминогликозидных антибиотиков, которые снижают чувствительность постсинаптической мембраны к ацетилхолину.

2) Миастенический криз.

3) Ведение иммуноглобулина или плазмаферез, отмена аминогликозидных антибиотиков и замена их препаратами другой фармакологической группы.

4) Улучшение состояния на фоне лечения, без лечения – возможен летальный исход.

Сосудистые заболевания нервной системы

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

18. Больной 78 лет доставлен в клинику нервных болезней из дома. Со слов сопровождающих родственников известно, что сегодня днем внезапно ослабли правые конечности, перестал разговаривать и понимать обращенную к нему речь, была однократная рвота, сознание не терял. В анамнезе - длительное время артериальная гипертензия. Артериальное давление, измеренное скорой медицинской помощью, было 200/110 мм рт.ст. При осмотре: состояние тяжелое, АД 190/100 мм рт.ст., пульс 84 в минуту, ритмичный. Уровень сознания оглушение - неглубокий сон. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева слева, симптом Кернига с обеих сторон. Глубокий правосторонний гемипарез с парезом в руке, мышечный тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу, симптом Бабинского справа. Выявить координаторные и чувствительные нарушения не возможно из-за отсутствия должного контакта с больным. При поясничном проколе получен красный мутный ликвор, равномерно окрашенный кровью в 3-х пробирках (цвет - красный, прозрачность - мутный, после центрифугирования - цвет - ксантохромный, прозрачность - опалесцирующий, цитоз эритроциты покрывают все поле зрения, белок – 0,66 мг %). В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз. На КТ в лобной области левого полушария выявляется область высокой плотности.

Задание:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите тактику ведения больного.

ОТВЕТ:

1) Геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга.

2) Консультация больного нейрохирургом для решения вопроса об оперативном лечении.

До консультации проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов, нейропротекция, лечение отека мозга, назначение антиоксидантных и хелатирующих препаратов.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

19. Больной 68 лет доставлен из дома скорой медицинской помощью с жалобами на

неловкость и онемение в левых конечностях. Заболел остро сегодня утром, когда появились вышеуказанные жалобы. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 170/90 мм рт. ст. Длительное время страдает артериальной гипертензией с подъемами артериального давления до 180/100 мм рт. ст., принимает гипотензивные препараты. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, три года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный постоянной формой мерцательной аритмии. При осмотре: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован в месте и времени. Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нерва слева, левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов, симптом Бабинского слева. Нарушение всех видов чувствительности по гемитипу слева. При поясничном проколе: ликвор бесцветный, прозрачный, давление 160 мм водного столба, цитоз - 3 лимфоцита, белок – 0,33 мг %. На МРТ на 4-ые сутки после заболевания в правой теменно-височной области определяется зона с сигналом повышенной и пониженной интенсивности сигнала на T1 и T2-взвешенных изображениях соответственно.

Задание:

- 1) Поставьте диагноз.
- 3) Определите тактику ведения больного.

ОТВЕТ:

- 1) Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга (бассейн средней мозговой артерии), предположительно вследствие тромбоэмболии из левого желудочка сердца.
- 2) В первые шесть часов заболевания обсуждение возможности проведения тромболитической терапии. Нейропротекция. Контроль и коррекция АД (обеспечение адекватного перфузионного давления), реологических свойств крови, поддержание функции других жизненно важных органов.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

20. Больной 56 лет доставлен скорой медицинской помощью из дома с жалобами на двоение, онемение правой половины лица, неуверенность в правых и слабость в левых конечностях. Вышеуказанные жалобы развились сегодня на протяжении нескольких часов. Девять месяцев тому назад больной перенес ишемический инсульт в правом полушарии в области зрительного бугра с почти полным регрессом неврологических расстройств (сохранились незначительные нарушения поверхностной чувствительности по гемитипу слева). В анамнезе артериальная гипертензия в течение 10 лет с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. (адаптирован к 140-150/80 мм рт. ст.), сахарный диабет II типа, выявленный 5 лет назад. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Общемозговой и менингеальной симптоматики не выявляется. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, нарушение поверхностной чувствительности на лице справа по внутренней "скобке Зельдера", легкое расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, анизокория: правый зрачок шире левого, прямая реакция на свет правого зрачка снижена, сглаженность морщин на правой половине лба, лагофthalm справа. Снижение мышечной силы в левых конечностях до 4 баллов в руке и 3 баллов в ноге, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб правыми конечностями, незначительное отклонение вправо в пробе Ромберга. В течение последующих дней состояние больного ухудшалось: выросли очаговые симптомы до левосторонней гемиплегии, появились нарушения глотания и расстройства сознания (глубокий сопор - кома). На МРТ выявляется зона сигнала повышенной интенсивности в области правой ножки мозга с переходом на варолиев мост и продолговатый мозг.

Задание:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Чем обусловлено ухудшение состояния?

ОТВЕТ:

- 1) Повторный ишемический инсульт в стволе головного мозга с вовлечением левой ножки мозга, Варолиева моста и продолговатого мозга.
- 2) Ухудшение состояния больного обусловлено распространением очага на мост и продолговатый мозг.

Вегетативные и нейроэндокринные расстройства ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

21. Женщина 20 лет, обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что у нее несколько раз в год бывают приступы интенсивной пульсирующей боли, обычно в левой половине головы. Пациентка заметила, что довольно часто приступ возникал после употребления красного вина. Приступу предшествует нарушение зрения в виде выпадения правых половин поля зрения. Головная боль сопровождается тошнотой, иногда рвотой, анальгетиками купируется плохо. Обычно приступ продолжается несколько часов.

Задания:

- 1) Предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли срочная госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение.
- 7) Какой совет можно дать пациентке для предотвращения приступов?

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

22. Муж вызвал неотложную помощь к своей 26-летней жене в связи с затянувшимся приступом головной боли. Рассказал приехавшему врачу, что последние 2 года ее беспокоили частые приступы головной боли, был поставлен диагноз мигрень. При возникновении приступа женщина принимала комбинированный анальгетик, иногда он помогал, иногда нет. Последний приступ развился 3 дня назад и продолжается без улучшения. Периодически боль уменьшается, но не проходит полностью, а затем возникает с еще большей интенсивностью, была многократная рвота. Врач нашел пациентку в темной комнате, в сознании, но заторможенную, лежащую с закрытыми глазами, стонущую. Пульс 92 уд. в мин., АД – 130/80 мм.рт.ст. При осмотре явных признаков поражения нервной системы врач не выявил, менингеальных симптомов не обнаружил.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли срочная госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) САК, опухоль головного мозга, менингит
- 5) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 6) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 7) Назначьте лечение.

ОТВЕТ:

- 1) Мигрень без ауры.
- 2) Госпитализация не требуется.
- 3) Консультация офтальмолога, невролога, гинеколога.
- 4) Головная боль напряжения, объемный процесс головного мозга, сосудистая мальформация
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.
- 6) Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан)

или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).

ПК-4 (ПК-4.1)

23. Женщина 36ти лет, бухгалтер, большую часть рабочего времени проводит за компьютером, часто берет работу на дом. Обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что последние 2 года ее часто (3-5 дней каждую неделю) беспокоят головные боли. Боль имеет стягивающий характер (похожа на «обруч»), средней интенсивности, во время головной боли ее сильно раздражают громкие звуки. Головная боль продолжается несколько часов, иногда целый день, полностью прекращается или уменьшается после приема комбинированного анальгетика.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

ОТВЕТ:

- 1) Мигрень с аурой. (Мигренозная аура).
- 2) Госпитализация не требуется
- 3) Консультация невролога, офтальмолога
- 4) ТИА
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.
- 6) Динамическое наблюдение, при редких приступах лечение не требуется, в случае учащения или трансформации в типичную мигрень с аурой стандартное лечение (см. задачи 40 и 41)

Наследственные нервно-мышечные заболевания

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

24. Девочка 13 лет жалуется на повышенную утомляемость, снижение памяти, концентрации внимания, тревожность, плаксивость, насильственные движения в мышцах лица, плечевом поясе, верхних конечностях, которые беспокоят пациентку около месяца. Из анамнеза известно, что больная страдает суставной формой ревматизма с частыми обострениями. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: больная неусидчива, гримасничает, не может удержать высунутый из полости рта язык при зажмуренных глазах, эмоционально лабильна. В неврологическом статусе генерализованный хореический гиперкинез на фоне диффузной мышечной гипотонии, вегетативная дисфункция.

Задание:

- 1) Клинический диагноз?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Обследование?
- 4) Лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Малая (ревматическая) хорея.
- 2) Базальные ганглии.
- 3) Клинический анализ крови, определение титра антистрептакоковых антител, СОЭ, уровень С-реактивного белка, МРТ головного мозга, ЭЭГ.
- 4) Госпитализация и постельный режим в остром периоде, пенициллин (400 000 Ед. в/м 2 раза в день 10 дней), в последующем, в течение 5 лет проводится превентивная терапия

бицилином-5 (1 500 000 в/м Ед. 1 раз в месяц), в тяжелых случаях – курс лечения преднизолоном (1-1,5 мг/кг/сут.), или метилпреднизолоном (1 г в/в капельно 5 дней). Для уменьшения гиперкинеза: клоназепам (1-4 мг/сут.), вальпроевая кислота (15-25 мг/кг/сут.), при неэффективности – нейролептики: тиаприд (200-400 мг/сут.) или галоперидол (1-3 мг/сут.). В резистентных случаях: иммуноглобулин или плазмаферез.

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

25. Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмахистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба. Отец пациента имел схожие симптомы.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?

5) Принципы терапии?

6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

7) Показано ли санаторно-курортное лечение?

8) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

1) Поражение базальных ганглиев.

2) болезнь Паркинсона, смешанная (гипокинетико-дрожательно-ригидная) форма.

3) МРТ, ПЭТ головного мозга, молекулярно-генетическое исследование.

4) Госпитализация не обязательна, возможно амбулаторное лечение.

5) Стремление к монотерапии. Леводопасодержащие препараты (наком, синемет, мадопар), ингибиторы КОМТ (толкапон, энтакапон), комбинированные пререпереты (сталево), агонисты дофаминовых рецепторов (мирапекс, проноран), ингибиторы МАО В (селегилин), амантадин

(мидантан, ПК-мерц), антихолинэргические средства (циклодол, паркопан), симптоматическая терапия.

6) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности. Особое значение имеет оценка функциональных возможностей больного в осуществлении двигательных актов. Успешное лечение часто приводит к значительному улучшению состояния больного и иногда – восстановлению трудоспособности. Неуклонное прогрессирование процесса, несмотря на проводимое лечение, ухудшает трудовой прогноз, требует пересмотра индивидуального плана и схемы лечения с

целью поиска новых терапевтических возможностей. Выраженный и стабильный двигательный дефект при наличии прогрессивного течения, особенно у больных с прогрессирующей акинезией, указывает на необходимость полного освобождения от работы и интенсификации комплексной терапии в условиях неврологического стационара.

7) Санаторно-курортное лечение может иметь терапевтическое значение лишь на ранних этапах патологического процесса при сохранной способности к самообслуживанию. Это

лечение, включая физиотерапевтические методы, эффективно лишь в комплексе с основным патогенетическим и симптоматическим лечением.

8) Исходы заболевания напрямую зависят от своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода

ПК-4 (ПК-4.1)

26. 29-летняя мать привела на осмотр к педиатру своего единственного 6-летнего сына. У мальчика нарушилась походка, во время активных игр стал падать, плохо поднимается по лестнице. При осмотре врач выявил: резко выраженный лордоз, атрофию мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Мальчик использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексy снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте 16 лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает. Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Что такое приемы Говерса?
- 3) Тип наследования данного заболевания?
- 4) Нужна ли госпитализация?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 6) Нужно ли обследовать других членов семьи и зачем?
- 7) Предложите тактику лечения.
- 8) Возможные исходы заболевания?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Прогрессирующая миодистрофия Дюшенна.
- 2) Специфический способ вставания из положения лежа с использованием туловища как опоры для рук, присущий исключительно пациентам с мышечными дистрофиями.
- 3) X-сцепленный рецессивный.
- 4) Госпитализация показана.
- 5) ПЦР ДНК диагностика, при невозможности: ЭНМГ, биохимический анализ крови (КФК), биопсия мышц с гистохимическим анализом.
- 6) Обязательное обследование матери на носительство (ПЦР), если она хочет еще детей.
- 7) Лечение стволовыми клетками или генная инженерия, так как, на сегодняшний день, это мало доступно, в основном лечение симптоматическое.

8) При правильном лечебном подходе (своевременно начатая и регулярная лечебная гимнастика по несколько раз в день, психологическая поддержка, правильная профессиональная ориентация, соблюдение диеты с низким содержанием жиров и высоким содержанием белка при оптимальном содержании витаминов и микроэлементов, ортопедические мероприятия) возможно отодвинуть срок наступления обездвиженности на 1-3 года. К сожалению, заболевание быстро прогрессирует и приводит к летальному исходу до 25-летнего возраста.

- 9) Противопоказаний нет.

3 семестр

Травмы нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

27. Мужчина 48 лет ремонтировал крышу загородного дома, не удержался и упал.

Самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами и сказал, что ног не

чувствует.

Жена вызвала скорую помощь. При осмотре выявлен нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня Т9.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Какие правила транспортировки в данной ситуации?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Тактика лечения.

ОТВЕТ:

1) Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне Т8.

2) Транспортировка осуществляется, лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, подложенным под поясницу валиком, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.

3) МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника, рентгенографию ребер, обследование для исключения повреждения внутренних органов.

4) В случае подтверждения сдавления спинного мозга (позвонком, гематомой) оперативное лечение - декомпрессия. Введение метилпреднизолона (30мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

28. Во время взлета у самолета взорвались шасси, пилот сумел затормозить, избежав серьезной аварии. Никто из пассажиров не пострадал, но одна стюардесса была госпитализирована с подозрением на спинальное повреждение. 25-ти летняя пациентка рассказала, что, несмотря на ремень безопасности, ее резко бросило вперед. Жалобы при поступлении: отсутствие движений и чувствительности в ногах. При неврологическом исследовании выявлена нижняя параплегия с отсутствием всех глубоких рефлексов и анестезия ниже реберной дуги с 2х сторон. Через 12 часов пациентка начала двигать левой стопой и появилась болевая чувствительность на правой ноге. На левой ноге сохранилась аналгезия и термоанестезия, правая нога осталась полностью парализованной, появилась спастичность мышц, клонус правой стопы и симптомом Бабинского.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Правила транспортировки?
- 3) Как называется состояние, развившееся у пациентки сразу после травмы и в течение в первых 12 часов?
- 4) Как называется клинический синдром, выявленный у пациентки через 12 часов?
- 5) Какие обследования необходимо провести?
- 6) Тактика лечения.

ОТВЕТ:

1) Закрытая спинальная травма. Сдавление? или ушиб грудного отдела (Т7-8) спинного мозга.

2) Спинальный шок.

3) Синдром Броун-Секара.

4) МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника.

5) В случае подтверждения сдавления спинного мозга (позвонком, гематомой) оперативное лечение - декомпрессия. Введение метилпреднизолона (30мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

ПК-4 (ПК-4.1)

29. Мужчина 42х лет был сбит автомобилем. При попытке подняться почувствовал онемение и неловкость в нижних конечностях, о чем рассказал врачу скорой помощи. Сотрудники бригады скорой помощи помогли пациенту подняться на ноги и пересест в машину скорой помощи. Был доставлен в больницу, где сразу выполнили КТ позвоночника и спинного мозга. На КТ повреждений не выявлено. Жалобы, которые беспокоили пациента, прошли в течении часа. Осмотр невролога не выявил очаговых неврологических симптомов.

Задание:

- 1) Были ли допущены ошибки на догоспитальном этапе?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Какие правила транспортировки в данной ситуации?
- 4) КТ каких отделов позвоночника и спинного мозга необходимо было выполнить?
- 5) Предложите тактику лечения.

ОТВЕТ:

- 1) Да. Пациент получивший спинальную травму должен быть помещен в машину скорой помощи на жестких носилках и иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
- 2) Закрытая спинальная травма. Сотрясение спинного мозга.
- 3) Транспортировка осуществляется, лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, подложенным под поясницу валиком, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
- 4) Шейного, грудного и поясничного.
- 5) Постельный режим в течение 7-10 дней.

Опухоли центральной нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

30. Жена 26 летнего мужчины рассказала врачу общей практики, что в течение трех месяцев он жалуется на ночную головную боль, распирающего характера. Появилось неадекватное поведение, немотивированные поступки, дурашливость, сменяющаяся приступами агрессии. В последнее время стала замечать пошатывание в положении стоя и сидя. При осмотре выявлено оживление глубоких рефлексов слева. Осмотр офтальмолога выявил на глазном дне признаки «застойных» дисков, больше справа.

Задания:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Топический диагноз?
- 3.Консультации каких специалистов целесообразны для уточнения диагноза?
- 4.Какие методы диагностики можно рекомендовать для уточнения диагноза?
- 5.О каких возможных методах лечения вы можете информировать родственников больного?

ОТВЕТ:

1. Объемное образование (опухоль?) головного мозга.
2. Правая лобная доля
3. Невролога, нейрохирурга
4. Методы нейровизуализации (МРТ головного мозга, МРТ головного мозга с введением контрастного вещества).
5. Оперативное лечение, химиотерапия.

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

31. Родственники 64 летней пациентки заметили, что в течение трех месяцев, она все хуже понимает обращенную к ней речь, отвечает «бессмыслицей» на вопросы. При осмотре:

частичная сенсорная афазия, глубокие рефлексы немного выше справа. Известно, что пациентка страдает гипертонической болезнью (ГБ II АГ2 Риск ССО2).

Задания:

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
3. Какие методы обследования для уточнения диагноза целесообразно провести?

ОТВЕТ:

1. Левая височная доля.
2. Объемное образование головного мозга.
3. МРТ головного мозга с введением контраста.

ПК-4 (ПК-4.1)

32. Больного в течение 5 месяцев беспокоит постепенно нарастающая головная боль, усиливающаяся под утро, в последнее время присоединилась рвота, снижение зрения на оба глаза и пошатывание при ходьбе влево. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Тонус в левых конечностях снижен, координаторные пробы плохо выполняет левыми конечностями (интенционный тремор, миопопадание). При обследовании офтальмологом выявлены застойные диски зрительного нерва с двух сторон.

Задания:

1. Топический диагноз?
2. Наиболее вероятный клинический диагноз?
3. Обследование?
4. Нужна ли госпитализация?
5. Лечение?

ОТВЕТ:

1. Левое полушарие мозжечка.
2. Опухоль задней черепной ямки (левого полушария мозжечка).
3. Методы нейровизуализации (МРТ головного мозга).
4. Да, необходима.
5. Оперативное.

Неотложные состояния в неврологии

ОПК-10 (ОПК-10.1)

33. Мужчина 40 лет на станции метро внезапно почувствовал «кинжальную» головную боль, утратил сознание, была рвота. Сотрудники метрополитена вызвали скорую помощь. К приезду скорой помощи мужчина начал контактировать с окружающими, жаловался на нестерпимую головную боль, сообщил врачу, что ничем раньше не болел. Врач скорой помощи выявил оглушение, наличие менингеальных симптомов, двухсторонний симптом Бабинского.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Требуется ли госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 4) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Обоснуйте выбор методов обследования.
- 6) Назначьте лечение.

ОТВЕТ:

- 1) Поражение (раздражение) оболочек головного мозга.
- 2) Субарахноидальное кровоизлияние (аневризматическое).
- 3) Госпитализация обязательна.

4) Консультация невролога, нейрохирурга.

5) МРТ головного мозга для подтверждения наличия кровоизлияния в субарахноидальное

пространство и исключение кровоизлияния в паренхиму мозга. МРТ ангиография для выявления аневризм.

6) А) хирургическое лечение (при выявлении аневризмы).

Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы,

оксигенация)

В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)

Г) базисная недифференцированная терапия инсульта.

4 семестр

Психоневрология и соматоневрология

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

34. Студент 18 лет, внезапно упал, наблюдались тонико-клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: сознание утрачено, изо рта выделяется слюна с небольшим количеством крови. Судороги прекратились через 2 минуты, после чего больной уснул. Со слов матери: наркотические вещества, алкоголь не употребляет, травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. В детском возрасте наблюдались кратковременные эпизоды выключения сознания (несколько секунд) и застывания в определенной позе. Сестра больного страдает эпилепсией с детства.

Задание:

1) Первая помощь?

2) Действие врача скорой помощи?

3) Обследование?

4) Клинический диагноз?

5) Лечение?

ОТВЕТ:

1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.

2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе в/м), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.

3) Обследование: ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.

4) Генерализованный тонико-клонический припадок впервые выявленный. Учитывая данные анамнеза, следует думать о идиопатической эпилепсии.

5) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс).

Психоневрология и соматоневрология

ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

35. У мужчины 52 лет после бессонной ночи наблюдается серия судорожных тоникоклонических припадков, следующих друг за другом с интервалом 10-20-30 минут. Между приступами сознание не восстанавливается, цианоз, зрачки расширены, реакция на свет сохранена, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Из анамнеза известно, что пациент несколько лет страдает эпилепсией. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. Ни у кого из родственников эпилепсии нет. В последний год приступы участились. Противосудорожные препараты принимает нерегулярно.

Задание:

- 1) Первая помощь?
- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение?

ОТВЕТ:

1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.

2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа введение диазепама (20 мг (4 мл 0,5% раствора) на 5% растворе глюкозы), лазикса 1-2 мл 2 % раствора в/м, коргликона (1 мл 0,06% раствора) или дигоксина (0,5-1 мл 0,025% раствора) в/в медленно.

3) Обследование: ЭЭГ, ЭЭГ-мониторинг, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.

4) Генерализованные тонико-клонические припадки. Эпилептический статус. Учитывая возраст и данные анамнеза можно думать о криптогенной эпилепсии.

5) Лечение: препараты депакина в/в 400 мг на физиологическом растворе, при неэффективности: введение тиопентала натрия 1 мл 10% раствора на 10 кг массы тела; возможно выполнение люмбальной пункции с извлечением 10-20 мл ликвора.

ПК-4 (ПК-4.1)

36. Девушка 16 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на эпизоды выключения сознания. Знает об этих эпизодах от знакомых и родственников: во время разговора замолкает, в течение нескольких секунд на обращенную речь не реагирует. Падения, судороги, потерю мочи отрицает. Такие приступы могут повторяться до нескольких десятков раз в день, продолжительность 10-20 секунд. Подобные приступы отмечаются у отца больной. КТ головного мозга патологии не выявило. На ЭЭГ: пароксизмальные разряды «пик медленная волна» с частотой 3/с, с генерализацией по конвексу.

Задание:

- 1) Клинический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Лечение?

ОТВЕТ:

1) Идиопатическая эпилепсия, генерализованные припадки (типичные абсансы).

2) Обследование: ЭЭГ-мониторинг, определение содержания пролактина, ксантурановой кислоты в крови (сразу после приступа).

3) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), этосуксимид.

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Вопросы для экзамена

1. Организация неврологической помощи населению. Неврологическая заболеваемость и её структура. Функциональные обязанности врача невролога.

2. Здоровый образ жизни. Методы работы с населением по пропаганде здорового образа жизни.

3. Исследование неврологического статуса.

4. Зрительный анализатор, анатомия зрительных путей, симптомы поражения.

5. Глазодвигательные нервы, функция, симптомы поражения.

6. Тройничный нерв: строение, функция, симптомы поражения.

7. Лицевой нерв: строение функция, симптомы и синдромы поражения.

8. Кохлеовестибулярный нерв: строение, функция, симптомы поражения.

9. Языкоглоточный и блуждающий нервы: строение, функция, симптомы и синдромы

поражения.

10. Промежуточный мозг, строение и функции.
11. Базальные ганглии и экстрапирамидная система, строение и функции.
12. Лимбическая система, строение и функция.
13. Вегетативная нервная система, строение и функции.
14. Боль, классификация, патогенез.
15. Синдромы поражения спинного мозга.
16. Спинной мозг, строение и функции.
17. Мозжечок: строение, функции, симптомы поражений.
18. Ствол мозга, строение и функции.
19. Добавочный нерв: строение, функция, симптомы поражения.
20. Подъязычный нерв: строение, функция, симптомы поражения.
21. Здоровый образ жизни. Методы работы с населением по пропаганде здорового образа жизни.
22. Ретикулярная формация среднего мозга, варолиева моста и продолговатого мозга: строение, функция, симптомы поражения.
23. Клиническая электроэнцефалография. Клиническая интерпретация данных ЭЭГ-исследований.
24. Клиническая электромиография. Клиническая интерпретация данных ЭМГ-исследований.
25. Клиническая эхоэнцефалография. Клиническая интерпретация данных ЭхоЭГ-исследований.
26. Клиническая электронейромиография. Клиническая интерпретация данных ЭНМГ-исследований.
27. Компьютерная томография: показания к проведению исследования, диагностические возможности, клиническая интерпретация результатов исследования.
28. Ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография: показания к проведению исследования, диагностические возможности, клиническая интерпретация результатов исследования.
29. Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов, клиническая интерпретация результатов исследования.
30. Фармакологические средства лечения неврологических больных.
31. Метод ЛФК в лечении неврологических больных.
32. Применение физиотерапии в неврологии.
33. Методы медицинской реабилитации неврологических больных.
34. Социальная, трудовая реабилитация неврологических больных.
35. Симптомы поражения локтевого нерва, приёмы экспресс диагностики поражений.
36. Симптомы поражения срединного нерва, приёмы экспресс диагностики поражений.
37. Симптомы поражения лучевого нерва, приёмы экспресс диагностики поражений.
38. Симптомы поражения бедренного нерва.
39. Симптомы поражения большеберцового нерва, приёмы экспресс диагностики поражений.
40. Невропатии локтевого нерва: этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
41. Невропатии бедренного нерва: этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
42. Невропатии малоберцового нерва: этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
43. Вирусные менингиты. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
44. Гнойные менингиты. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
45. Туберкулёзный менингит. Патогенез, клиническая классификация, варианты течения, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
46. Клещевой энцефалит. Возбудитель, патогенез, клинические формы, течение,

диагноз, лечение, исходы.

47. Поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции.
48. Менингиты и менингоэнцефалиты.
49. Хронические прогрессирующие заболевания нервной системы.
50. Лейкоэнцефалопатии. Этиология, патогенез, клиническая классификация, диагноз, лечение, прогноз.
51. Рассеянный склероз и рассеянный энцефаломиелит. Этиология, патогенез, клиническая классификация, диагноз, лечение, прогноз.
52. Боковой амиотрофический склероз. Этиология, патогенез, клиническая классификация, диагноз, лечение, прогноз.
53. Миастения. Этиология, патогенез.
54. Поражения нервной системы при системных заболеваниях соединительной ткани.
55. Миастения. Клиническая классификация.
56. Миастения. Клиника, диагноз, лечение.
57. Миопатии. Этиология, патогенез, клиническая классификация.
58. Ревматизм. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
59. Склеродермия. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
60. Миопатии, диагноз, лечение, прогноз
61. Красная волчанка. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
62. Полимиозит и дерматомиозит. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
63. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Классификация, этиология, патогенез.
64. Ишемические инсульты в каротидных бассейнах. Этиология, патогенез, клиника, диагноз.
65. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Клиника, диагноз, лечение.
66. Ишемические инсульты в каротидных бассейнах. Клиника, диагноз, лечение, профилактика.
67. Ишемические инсульты в вертебрально-базилярном бассейне. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение, профилактика.
68. Кровоизлияние в мозг. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение, профилактика.
69. Субарахноидальное /спонтанное/кровоизлияние. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
70. Дисциркуляторные энцефалопатии. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение, профилактика.
71. Аневризмы мозговых сосудов. Классификация, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
72. Острые нарушения спинального кровообращения. Этиология, патогенез, клинические синдромы, диагноз, лечение.
73. Этиология и патогенез расстройств кровообращения в спинном мозге.
74. Синдромы вегетативной дистонии - этиология и патогенез.
75. Поражения периферического (сегментарного) отдела вегетативной нервной системы.
76. Синдромы апноэ во сне (обструктивные, центральные).
77. Факоматозы. Клинические формы, диагноз, лечение.
78. Мигрень, классификация, клиника, диагностика, лечение.
79. Диссомнии (инсомнии и гиперсомнии).
80. Мигрень, классификация, клиника, диагностика, лечение.
81. Врожденные миопатии Этиология и патогенез.
82. Наследственная миотония. Этиология и патогенез.

83. Пароксизмальная миоплегия. Этиология и патогенез.
84. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение, профилактика.
85. Мультисистемные атрофии.
86. Прогрессирующие мышечные дистрофии.
87. Семейная спастическая параплегия Штрюмпеля. Клиника, диагноз, лечение.
88. Мультисистемные атрофии.
89. Травмы нервов рук. Клиника, диагноз, лечение.
90. Травмы нервов ног. Клиника, диагноз, лечение
91. Острые закрытые травмы головного мозга. Классификация, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
92. Осложнения и отдалённые последствия закрытых травм головного мозга. Классификация, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
93. Закрытые травмы позвоночника и спинного мозга. Классификация, патогенез, клиника, диагноз, лечение.
94. Клиника повреждений спинного мозга: шейного, грудного, пояснично-крестцового отделов и корешков конского хвоста.
95. Сотрясение мозга. Ушиб мозга. Лечение и реабилитация.
96. Опухоли нервной системы. Классификация опухолей головного и спинного мозга.
97. Общемозговые симптомы опухолей.
98. Супратенториальные опухоли. Классификация, клиника.
99. Субтенториальные опухоли. Классификация, клиника, диагноз, лечение.
100. Сдавление спинного мозга - эпидуральные гематомы, субарахноидальные кровоизлияния.
101. Супратенториальные опухоли. Диагноз, лечение.
102. Коматозные состояния. Диагностика.
103. Кома при инфекционных и инфекционно-аллергических заболеваниях головного мозга.
104. Травматическая кома.
105. Клинические формы нарушения сознания в неотложных состояниях.
106. Коллапс. Синкопальные состояния.
107. Эпилептический припадок. Эпилептический статус.
108. Поражение нервной системы при заболеваниях внутренних органов.
109. Эпилепсия. Клиника, диагноз, лечение.
110. Неврозы и неврозоподобные состояния.
111. Паранеопластические поражения нервной системы.
112. Поражение нервной системы в терминальной стадии соматических заболеваний.
113. Неврозоподобные состояния. Диагностика неврозов.

3.2.2. Ситуационные задачи для экзамена

2 семестр

Заболевания периферической нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

1. После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Консультация, каких специалистов может потребоваться?
- 5) Лечение?
- 6) Предложите план реабилитационных мероприятий.
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 8) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.

ОТВЕТ:

- 1) Корешок S1 слева
- 2) Рентгенография или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.
- 3) Спондилогенная радикулопатия S1 слева. Мышечно-тонический синдром.
- 4) Невролог, нейрохирург.

5) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы

ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антиконвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация;

Иглорефлексотерапия.

6) Реабилитационные мероприятия в стадии обострения заболевания имеют преимущественно симптоматический характер и направлены на уменьшение интенсивности боли, которая, дезадаптирует больного. Ведущими средствами реабилитации являются лекарственная терапия, медикаментозные лечебные блокады, ортопедические мероприятия, физиотерапия.

7) Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде). Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гирудотерапия, антигомотоксическая терапия, психотерапия, направленная на обучения способам произвольного уменьшения болевых ощущений.

8) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

2. Женщина 72 лет страдает сахарным диабетом II типа в течение 17 лет. В последние два года отмечались частые состояния гипергликемии из-за нерегулярного приема гипогликемических препаратов. Пациентка обратилась к участковому терапевту с жалобами на сильный зуд и боль в правой стопе. При осмотре: суставы стоп деформированы, больше справа, кожа на стопах истончена, справа – язва диаметром 2 см. Ахилловы рефлексы отсутствуют, коленные – очень низкие. Гипестезия в ногах – до средней трети голени. Рефлексы на верхних конечностях снижены.

Задания:

- 1) Поставьте синдромальный и топический диагноз?
- 2) Поставьте клинический диагноз?
- 3) Предложите план обследования?

- 4) Нужны ли консультации каких-либо специалистов?
- 5) Предложите план лечения? Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 6) Предложите профилактические мероприятия.

ОТВЕТ:

- 1) Множественное поражение нервов нижних конечностей
 - 2) Диабетическая полинейропатия, с преимущественным поражением нижних конечностей, моторно-сенсорно-вегетативная. Диабетическая стопа
 - 3) Клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, суточные колебания глюкозы, ЭНМГ.
 - 4) Консультация хирурга, эндокринолога.
 - 5) Поддержание нормального содержания глюкозы крови, препараты инактивирующие свободные радикалы ; активирующие альтернативные метаболические пути: -липоевая кислота (тиоктаcid, эспа-липон), мексидол, дезагреганты (пентоксифиллин) витамины В1, В6, Е, ацетил-L-карнитин, коррекция болевого синдрома с использованием антидепрессантов (имипрамин, дулоксетин, цитопрам, параксетин), антиконвульсантов (габапентин, карбамазепин), коррекция вегетативной дисфункции.
- Немедикаментозные методы лечения ФТЛ, ЛФК, ортопедические мероприятия.
- 6) Повышение комплаенса к лечению, коррекция диеты, ортопедическая обувь.

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

3. Студентка медицинского училища обратилась к врачу с жалобами на слабость, сердцебиение, нарушение зрения (нечеткость видения предметов), «осиплость» голоса. Из анамнеза известно, что 1 месяц назад, болело горло, повышалась температура. Лечилась самостоятельно, т. к. не хотела пропускать практические занятия в детской инфекционной больнице. При объективном осмотре выявлено снижение глоточного рефлекса, дисфония, снижение ахилловых рефлексов, нарушение мышечно-суставного чувства в стопах. Нарушений функций тазовых органов нет.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 4) Предложите план обследования?
- 5) Консультации, каких специалистов вам могут понадобиться?
- 6) Предложите тактику лечения?
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 8) Существуют ли методы первичной профилактики?
- 9) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Поражение ЧН IX, X. Поражение нервов нижних конечностей.
- 2) Дифтерийная полинейропатия
- 3) Экстренная госпитализация показана
- 4) Серологические тесты, ЭНМГ, исследование ЦСЖ.
- 5) Инфекционист, невролог
- 6) В первые 48 часов в острой стадии инфекции показано введение антитоксической сыворотки. При необходимости – ИВЛ, зондовое питание. Дезинтоксикационная терапия. Антибактериальная терапия (эритромицин внутрь или бензилпенициллин в/м в течение 14

дней. Профилактика аспирационной и гиповентиляционной пневмонии. Основой лечения в позднем периоде (текст задачи) служит симптоматическая терапия.

7) ФТЛ, ЛФК

8) Профилактика проводится дифтерийным анатоксином, входящим в состав АКДС, АДС.

Бывших в контакте – изолируют на 7 дней.

9) Полное восстановление, ослабление тонких движений, утрата способности самостоятельному передвижению, в острой стадии инфекции летальный исход, вызванный дифтерийным миокардитом, параличом дыхательных и бульбарных мышц.

4. У мужчины 39 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу семейной практики. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе, симптом Лассега 40 справа, гипестезия соответствующая локализации болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Нуждается ли в экстренной госпитализации?
- 4) План обследования?
- 5) Тактика лечения?
- 6) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 7) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 9) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Корешок L5 справа.
- 2) Спондилогенная радикулопатия L5 справа. Мышечно-тонический синдром.
- 3) Нет
- 4) МРТ пояснично-крестцового отдела.

5) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антikonвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс.

Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (милльгамма).

6) Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия.

7) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

8) Возможно.

9)а) Благоприятный (полное восстановление), б) При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение трех месяцев и при выявлении пролапса диска возможно оперативное лечение с последующим курсом реабилитации.

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

5. У больного 40 лет после физической нагрузки появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра справа. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, снижение правого ахиллова рефлекса, симптом Лассега 40 градусов справа.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какие обследования целесообразно провести?
- 3) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 4) Показано ли санаторно-курортное лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Спондилогенная радикулопатия S1 справа.
- 2) МРТ, КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.

3) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

- 4) Да.

6. Больной 49 лет, работающий грузчиком, во время подъема каменной столешницы внезапно почувствовал резкую слабость и жгучие боли в ногах, возникло нарушение мочеиспускания. Напарник привез его в поликлинику, на осмотр к дежурному врачу. При осмотре: периферический асимметричный нижний парапарез до 3 баллов, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 3) Какие обследования целесообразно провести?
- 4) Тактика лечения?
- 5) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Синдром поражения конского хвоста.
- 2) Экстренная госпитализация.
- 3) МРТ пояснично-крестцового отдела

4) До уточнения характера поражения: НПВС, салуретики, антиагреганты. При выявлении признаков сдавления конского хвоста – хирургическое лечение.

- 5) Ограничительный, с исключением подъема дополнительного груза.

- 6) Да

- 7) На момент осмотра – нет

8) а) полное восстановление, б) частичная утрата функций и ограничение жизнедеятельности,

в) стойкая утрата функций.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

7. После подъема тяжести, у мужчины 40 лет возникла сильная боль в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра и голени, доходящая до большого пальца стопы слева. При осмотре: напряжение мышц поясничной области, слабость разгибателей I пальца. Рефлексы на ногах сохранены, симметричны. Симптом Лассега слева, с угла 40°.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
- 3) Какие методы обследования целесообразно провести?
- 4) Тактика лечения?

ОТВЕТ:

- 1) Корешок L5 слева.
- 2) Спондилогенная радикулопатия L5 слева.
- 3) МРТ пояснично-крестцового отдела.
- 4) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антikonвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гомеопатическое лечение.

Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания центральной нервной системы

ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

8. У солдата срочной службы остро развилось лихорадочное состояние, температура 39 С, рвота, потеря сознания. Врач выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелкоточечную сыпь в области ягодиц и подколенных ямок, пульс- 98 в мин., ритмичный. Неврологически: выраженная ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, цвет мутный, белесоватый, цитоз 1500 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы. При опросе солдат этой роты, выяснилось, что у одного из них постоянно был насморк с гнойным отделяемым.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предположите возможный источник заражения.
- 6) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 7) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Менингококковый менингит
- 3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР

4) Пенициллины (ампициллин 6-8 г х 6 р), цефалоспорины III (цифтриаксон 1-4 г х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.

5) Носитель или больной назофарингитом.

6) Все контактные лица обследуются бактериологически, проводится химиопрофилактика а/б всем контактным.

7) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия).

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

9. В летнем детском спортивном лагере у троих детей возраста от 6 до 9 лет в течение 2-х суток повысилась температура до 38 градусов, появилась сильная головная боль, головокружение, повторная рвота. У одного ребенка развился судорожный припадок. При осмотре: состояние у всех средней тяжести, гиперемизированная окраска лица с бледным носогубным треугольником, умеренно выраженные менингеальные симптомы. В анализе ликвора ребенка, которого первым доставили в районную больницу: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 350 мм вод.ст., 400 клеток в 1мкл, преобладают лимфоциты, белок – 0,2 г/л.

Задание:

- 1) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 2) Предложите дополнительные методы обследования.
- 3) Предложите план лечения.
- 4) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 5) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Первичный энтеровирусный менингит
- 2) Серологическое исследование сыворотки крови и СМЖ
- 3) Лечение симптоматическое
- 4) Изолировать заболевших, осуществлять медицинское наблюдение за всеми контактными лицами, на пищеблоке и во всех местах общего пользования проводить текущую дезинфекцию, ежедневно контролировать организацию питания.
- 5) Обычно полное выздоровление.

ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

10. Сестра вызвала скорую помощь своему 30 летнему брату, так как у него развился эпилептический припадок. Из анамнеза известно, что пациент ВИЧ инфицирован. Пациента срочно госпитализировали. Во время осмотра пациент жалуется на сильную головную боль, сонлив, спутан, на вопросы отвечает не по существу. Объективно: сенсорная афазия Вернике, правосторонний гемипарез. В анализе ликвора: легкая ксантохромия, цитоз-300 в 1 мл, белок- 2,0 г/л, давление 280 мм вод.ст. На МРТ-признаки поражения лобных и височных долей головного мозга (некроз, геморрагии, отек).

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями необходимо провести?
- 4) Предложите дополнительные методы обследования.
- 5) Предложите план лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

ОТВЕТ:

- 1) Левая височная, лобная доли
- 2) Герпетический энцефалит
- 3) Энцефалитами другой этиологии, ОНМК
- 4) Анализ ликвора на выявление вируса – ПЦР, обследование на СПИД
- 5) Ацикловир (10 мг/кг х 3 в/в кап), симптоматическое лечение, лечение СПИД
- 6) При адекватном лечении смертность составляет 28% (без -70%), около 50% имеют стойкий резидуальный неврологический дефицит

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

11. Во время эпидемии гриппа, к 48 летнему мужчине была вызвана скорая помощь. Жена рассказала, что заболел остро, температура поднялась до 39С, беспокоила сильная головная боль, рвота. Постепенно стал сонлив, перестал отвечать на вопросы, жена рассказала, что были судороги. Из анамнеза известно, что неделю назад вернулся из командировки с Дальнего Востока. При объективном осмотре врач выявил: лицо гиперемировано, ЧСС – 110 в мин., на теле – геморрагическая сыпь. При неврологическом осмотре: сознание спутано, левосторонний центральный гемипарез, ригидность мышц шеи, верхний симптом Брудзинского положительный.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Предложите дополнительные методы обследования.

ОТВЕТ:

- 1) Правое полушарие головного мозга, оболочки головного мозга
- 2) Японский комариный энцефалит
- 3) Экстренная госпитализация обязательна
- 4) Другие энцефалиты (герпетический), абсцесс головного мозга, ОНМК, опухоль головного мозга
- 5) Анализ ликвора (общий, ПЦР), МРТ головного мозга
- 6) Специфического лечения не существует

Хронические прогрессирующие заболевания нервной системы

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

12. Женщина 24 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на слабость в нижних конечностях (больше в правой) и возникающие из-за этого частые спотыкания и даже падения, шаткость при ходьбе, дрожание левой руки при движениях ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Данные симптомы появились сразу после родов две недели назад и с тех пор нарастали. При осмотре: эмоционально лабильна, несколько эйфорична. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы высокие, D>S, клонусы коленных чашечек и стоп. Патологические рефлексы орального автоматизма, Бабинского, Бехтерева, Жуковского с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и мимопромахивание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?

- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

- 1) Мозжечок, спинной мозг.
- 2) Невролога.
- 3) Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.
- 4) Неврологический осмотр, офтальмоскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).
- 5) Да, в неврологический стационар.
- 6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут. в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.
- 7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Начало заболевания с ретробульбарного неврита можно считать относительно благоприятным прогностическим фактором. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

ОПК-8 (ОПК-8.1, ОПК-8.2)

13. Девушка 20 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на быструю утомляемость и преходящую слабость в правых конечностях, ощущение двоения в глазах, особенно при нахождении в душном, жарком помещении или после незначительной физической нагрузки или даже после чашки горячего чая. Известно, что за последние 1,5 года дважды перенесла эпизоды невропатии лицевого нерва, сначала справа, затем слева. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисморфогенеза, недостаточность конвергенции, недоведение правого глаза до внутренней спайки при полной сохранности отведения другого глаза, монокулярный нистагм слева (межъядерный офтальмопарез). Легкая недостаточность функции мимической мускулатуры с обеих сторон. Легкий правосторонний силовой гемипарез. Тонус мышц в правых конечностях повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексy D>S, высокие. Рефлексy орального автоматизма, патологические знаки Россоломо верхний, Бабинского справа. Интенция и мимопромахивание при выполнении координаторных проб, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?

- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?

ОТВЕТ:

1) Головной мозг (пирамидный путь слева), ствол мозга (задний продольный пучок), мозжечок.

- 2) Невролога, офтальмолога.
- 3) Рассеянный склероз, церебральная форма.

4) Неврологический осмотр, офтальмоскопия, клинический анализ крови, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

5) Да, в неврологический стационар.

6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

Поражение нервной системы при системных заболеваниях соединительной ткани ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2)

14. 29-летняя мать привела на осмотр к педиатру своего единственного 6-летнего сына. У мальчика нарушилась походка, во время активных игр стал падать, плохо поднимается по лестнице. При осмотре врач выявил: резко выраженный лордоз, атрофию мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Мальчик использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексы снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте 16 лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Что такое приемы Говерса?
- 3) Тип наследования данного заболевания?
- 4) Нужна ли госпитализация?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 6) Нужно ли обследовать других членов семьи и зачем?
- 7) Предложите тактику лечения.
- 8) Возможные исходы заболевания?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

ОТВЕТ:

Ответ:

- 1) Прогрессирующая миодистрофия Дюшенна.
- 2) Специфический способ вставания из положения лежа с использованием туловища как опоры для рук, присущий исключительно пациентам с мышечными дистрофиями.
- 3) X-сцепленный рецессивный.

- 4) Госпитализация показана.
- 5) ПЦР ДНК диагностика, при невозможности: ЭНМГ, биохимический анализ крови (КФК), биопсия мышц с гистохимическим анализом.
- 6) Обязательное обследование матери на носительство (ПЦР), если она хочет еще детей.
- 7) Лечение стволовыми клетками или генная инженерия, так как, на сегодняшний день,

это

мало доступно, в основном лечение симптоматическое.

- 8) При правильном лечебном подходе (своевременно начатая и регулярная лечебная гимнастика по несколько раз в день, психологическая поддержка, правильная профессиональная ориентация, соблюдение диеты с низким содержанием жиров и высоким содержанием белка при оптимальном содержании витаминов и микроэлементов, ортопедические мероприятия) возможно отодвинуть срок наступления обездвиженности на 1-3 года. К сожалению, заболевание быстро прогрессирует и приводит к летальному исходу до 25-летнего возраста.
- 9) Противопоказаний нет.

Поражение нервной системы при системных заболеваниях соединительной ткани ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2)

15. У 30ти летняя женщина обратилась к врачу из-за появившегося двоения в глазах. Врач выявил расходящееся косоглазие, правосторонний птоз. Назначил дообследование: проба с введением прозерина клиническую картину не изменила; ЭНМГ без отклонений от нормы. МРТ ангиография: патологии не выявлено. МРТ головного мозга: множественные очаги демиелинизации паравентрикулярно и в области ствола головного мозга. Анализ крови на сахар-4,2 ммоль/л.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) О каких диагнозах подумал врач, назначив перечисленное обследование?
- 3) Поставьте клинический диагноз по результатам обследования.

ОТВЕТ:

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

16. Пациентка 48 лет страдает генерализованной миастенией (III класс), заболела ОРВИ, которая осложнилась отитом. Врач назначил курс аминогликозидных антибиотиков. На этом фоне у пациентки внезапно усилились все проявления болезни, выросла слабость и появилась выраженная одышка.

Задание:

- 1) Объясните с чем связано ухудшение состояния.
- 2) Поставьте клинический диагноз.
- 3) Предложите тактику лечения.
- 4) Возможные исходы заболевания?

ОТВЕТ:

1) Ухудшение могло быть спровоцировано интеркуррентной инфекцией и приемом аминогликозидных антибиотиков, которые снижают чувствительность постсинаптической мембраны к ацетилхолину.

2) Миастенический криз.

3) Ведение иммуноглобулина или плазмаферез, отмена аминогликозидных антибиотиков и замена их препаратами другой фармакологической группы.

4) Улучшение состояния на фоне лечения, без лечения – возможен летальный исход.

Сосудистые заболевания нервной системы ОПК-9 (ОПК-9.1, ОПК-9.2, ОПК-9.2)

17. Больная 64 лет доставлена скорой медицинской помощью из дома в бессознательном состоянии. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 230/120 мм рт. ст. Со слов родственников вчера вечером не отвечала на телефонные звонки, сегодня утром найдена лежащей на полу без сознания со следами рвотных масс. В анамнезе гипертоническая болезнь свыше 15 лет с подъемами артериального давления до 240/130 мм рт. ст., принимает антигипертензивные препараты. При осмотре: состояние очень тяжелое. Кожные покровы красного цвета, липкий пот. Дыхание шумное, частое, ритмичное. Уровень сознания - кома. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева и симптом Кернига с 2 сторон. Глазные яблоки по средней линии, периодически совершают плавательные движения. Зрачки узкие, реакция на свет снижена. При поднимании быстрее падают левые конечности, тонус в них ниже, чем в правых. Левое бедро распластано, левая стопа ротирована наружу. Во время осмотра возникают экстензорно - пронаторные движения в правых конечностях. При поясничном проколе получен красный, мутный ликвор, равномерно окрашенный во всех 3-х пробирках (цитоз – эритроциты покрывают все поле зрения, белок – 0,66 мг %). На КТ в правом полушарии медиальнее внутренней капсулы, а также в переднем и заднем роге бокового желудочка ипсилатеральной стороны определяется зона высокой плотности.

Задание:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите тактику ведения больной.

ОТВЕТ:

1) Геморрагический инсульт в правом полушарии головного мозга с прорывом крови в желудочки.

2) Проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов, нейропротекция, лечение отека мозга, антиоксидантные и хелатирующие препараты.

Консультация больного нейрохирургом для решения вопроса о возможности оперативного лечения.

ПК-4 (ПК-4.1)

18. Больной 63 лет доставлен скорой медицинской помощью из дома. Со слов родственников известно, что заболел остро сегодня днем, когда внезапно упал, отмечалась кратковременная потеря сознания, одновременно с этим выявлена слабость в левых конечностях. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью - 160/90 мм рт.ст. В анамнезе в течение 10 лет артериальная гипертензия с повышением цифр артериального давления до 170/100 мм рт. ст., постоянная форма мерцательной аритмии (давность не известна). При осмотре: состояние тяжелое, на осмотр реагирует, вступает в речевой контакт, однако быстро истощается. Ориентирован в пространстве и времени. Менингеальных симптомов нет. Центральные парезы лицевого и подъязычного нервов слева, левосторонняя гемиплегия с низким мышечным тонусом и рефлексам, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипестезия. При поясничном проколе, проведенном в день поступления, ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз - 5 лимфоцитов, белок – 0,33 мг %. На 5-ые сутки пребывания в стационаре на фоне подъема артериального давления до 200/100 мм рт. ст. состояние больного ухудшилось: выросли расстройства сознания до уровня сопора, появилась ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева справа. В цереброспинальной жидкости после ухудшения состояния больного отмечается примесь крови во всех 3-х пробирках. После центрифугирования надосадочная жидкость ксантохромная, мутная, эритроциты покрывают все поле зрения. На КТ, выполненной через 24 часа после ухудшения состояния, на фоне обширной зоны низкой плотности в правой лобно-теменно-височной долях выявляются очаги высокой плотности.

Задание:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Объясните причину ухудшения состояния больного.

ОТВЕТ:

1) Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга (бассейн средней мозговой артерии).

2) Ухудшение состояние обусловлено развитием вторичного кровоизлияния в область ишемического очага. В первые шесть часов заболевания обсуждение возможности проведения тромболитической терапии. Нейропротективная терапия. Контроль и коррекция АД (обеспечение адекватного перфузионного давления), реологических свойств крови, поддержание функции других жизненно важных органов. После развития геморрагического инфаркта назначение препаратов, укрепляющих сосудистую стенку (дицинон).

Вегетативные и нейроэндокринные расстройства

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

19. Женщина 25 лет жалуется на периодические приступы сильной головной боли в правой половине головы, правого глазного яблока, которые беспокоят ее около 6 лет. Приступ продолжается в течение всего дня, головная боль нарастает до нестерпимой, часто сопровождается рвотой. Во время приступа не может ничего делать, вынуждена находиться в темной комнате, пытается заснуть. Чтобы облегчить состояние принимает любые анальгетики или вольтарен, но чаще это не помогает. Обычно приступ связан с началом менструального цикла. При неврологическом осмотре очаговой симптоматики не выявлено. Пациентка рассказала, что у ее матери были похожие приступы.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли срочная госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение.

ОТВЕТ:

- 1) Мигрень с аурой.
- 2) Госпитализация не требуется.
- 3) Консультация офтальмолога и невролога.
- 4) ТИА, головная боль напряжения
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.
- 6) Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан) или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).
- 7) Не употреблять в пищу продукты богатые тирамином (красное вино, сыр, шоколад и т.д.)

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

20. Женщина 26 лет обратилась к врачу в поликлинику в связи с тем, что за последний год у нее было два приступа нарушения зрения в виде выпадения правых половин полей зрения, приступ продолжается около получаса и ничем больше не сопровождается. Женщина рассказала, что ее бабушка и мать в молодом возрасте страдали приступообразными головными болями, были ли у них нарушения зрения, она не знает. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.

- 2) Требуется ли срочная госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение.

ОТВЕТ:

- 1) Мигрень без ауры. Мигренозный статус.
- 2) Требуется госпитализация.
- 3) Консультация невролога.
- 4) САК, опухоль головного мозга, менингит
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.
- 6) Ввести препараты из группы спорыньи (дигидроэрготамин в/в), противорвотные (церукал), кортикостероиды (дексаметазон), транквилизаторы (седуксен), солевые растворы и мочегонные (лазикс) по результатам исследования электролитного баланса.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

21. Женщина 34 х лет обратилась к врачу в связи с тем, что в течение 10ти лет ее беспокоит частая (несколько раз в неделю) головная боль, средней интенсивности, двухсторонняя, тупая, последнее время головная боль усилилась. Несколько лет назад пациентка делала обследование: была осмотрена офтальмологом, выполнила МРТ головного мозга и ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга. Патологии выявлено не было. Сама пациентка связывает ухудшение с плохими жилищными условиями, после развода с мужем, живет в коммунальной квартире и регулярно конфликтует с соседями. Перспектив на изменение жилищных условий пока нет. Для облегчения головной боли почти ежедневно принимает анальгетики, последний год вынуждена принимать аналгин или пенталгин по два, иногда три раза в день. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы, кроме симметричного оживления глубоких рефлексов.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Нужно ли повторить обследования?
- 6) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

ОТВЕТ:

- 1) Хроническая головная боль напряжения.
- 2) Госпитализация не требуется
- 3) Консультация невролога, офтальмолога
- 4) Мигрень, опухоль головного мозга, синдром вегетативной дисфункции
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга.
- 6) Нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, постизометрическая релаксация, анальгетики или препараты группы НПВП (не допускается длительный ежедневный прием), при необходимости антидепрессанты.

Наследственные нервно-мышечные заболевания

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

22. Девочка 11 лет пришла с мамой в поликлинику, в коридоре врач общего профиля обратил внимание на имеющийся у девочки генерализованный дистонический гиперкинез: вращательный штопорообразный – шеи с поворотом головы влево и назад, туловища, нижних конечностей с подошвенным сгибанием пальцев и ротацией стопы внутрь, верхних

конечностей – сгибание кистей в кулак и приведение большого пальца. При дальнейшем осмотре: наблюдается усиление гиперкинеза в вертикальном положении и попытке целенаправленного движения, исчезновение симптомов во сне и при определенных жестах, повышение мышечного тонуса по пластическому типу в конечностях, больше в левой ноге, нарушение статики и походки. Поражения ЧМН, пирамидной, мозжечковой и сенсорной систем не выявлено. Со слов матери, с 8 лет у девочки при ходьбе возникала неловкость в левой ноге, в последующем присоединилось усиление сокращения мышц и неправильная установка стопы. Через год наблюдалось вовлечение мышц шеи и рук, через 2 года – мышц туловища. В семье подобных случаев заболевания не было.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Обследование?
- 4) Лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Поражение базальных ганглиев.
- 2) Торсионная дистония.
- 3) МРТ, ПЭТ головного мозга, молекулярно-генетическое исследование.
- 4) Леводопа, холинолитики.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

23. Больной 58 лет утром жалуется на тремор в кистях рук и ногах, быструю утомляемость, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, затруднение начала движения. Подобные жалобы беспокоят последние 3 года. Из анамнеза известно, что состоит на учете в психоневрологическом диспансере, длительное время принимает нейролептики. При осмотре: мелкоразмахистый тремор в кистях по типу «счета монет», мелкоразмахистый тремор ног, уменьшающийся при движениях, перiorальный тремор, тихая, монотонная речь, тонус мышц повышен по экстрапирамидному типу.

Задание:

- 1) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 4) Принципы терапии?
- 5) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Вторичный (лекарственный) паркинсонизм.
- 2) Госпитализация не обязательна.
- 3) Клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, МРТ головного мозга.
- 4) Прекращение приема нейролептиков, витамин Е, витамины группы В, симптоматическая терапия.
- 5) Нет.
- 6) Нет.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

24. Женщина 27 лет после медицинского аборта, стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако

симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век. Обратилась к знакомому неврологу. При неврологическом осмотре: 2х сторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие пробы необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Предложите тактику лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Миастения. Глазная форма (класс I).
- 2) Госпитализация показана.
- 3) Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость (фиксированный взгляд вверх), фармакологическую пробу (с прозеринум).
- 4) ЭНМГ, уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам, МРТ средостения (для выявления тимомы).
- 5) Антихолинэстеразные препараты (пролонгированного действия – калимин), кортикостероиды, цитостатики, тимэктомия.
- 6) Тяжесть и исход заболевания зависят от степени компенсации миастенических симптомов после введения АХЭП. Прогностически неблагоприятным фактором являются большие дозы АХЭП в дооперационном периоде (10-20 стандартных доз в сутки) и относительная «прозеринорезистентность». Возможно усугубление птоза, глазодвигательных расстройств и генерализация процесса.
- 7) Потребуется.
- 8) Противопоказаний нет.

3 семестр

Травмы нервной системы

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

25. 59-ти летний мужчина начал замечать, что испытывает неудобство при управлении автомобилем, стало трудно давить на педали правой стопой. Обратился к врачу. К этому времени появились боли «жгучего» характера по задней поверхности нижних конечностей. На выполненных рентгенограммах были выявлены дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Назначен курс лечения мильгаммой, вольтареном и физиотерапией. Однако состояние продолжало ухудшаться, присоединилась слабость в левой стопе, нарушение мочеиспускания. Направлен на консультацию к неврологу, который выявил нижний дистальный периферический парапарез, гипестезию болевой и температурной чувствительности в сегментах L5-S3 с двух сторон.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Какие обследования необходимо провести?
- 3) Тактика лечения.

ОТВЕТ:

- 1) Опухоль конского хвоста? Интрамедуллярная опухоль спинного мозга на уровне эпиконуса-конуса?

- 2) МРТ спинного мозга на уровне L4-S3.
- 3) Лечение оперативное. Лучевая терапия и химиотерапия по показаниям.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

26. 66ти летняя пациентка госпитализирована из-за постепенно, в течение 1,5 месяцев, нарушившейся походки; 3 недели назад начала пользоваться палочкой, а 2 дня назад перестала ходить. Нарушения тазовых функций нет. Неврологическое обследование выявило: сила в верхних конечностях достаточная, глубокие рефлексы и чувствительность на верхних конечностях сохранены. В нижних конечностях определяется слабость до 2х баллов с повышением мышечного тонуса, оживлением коленных и ахилловых рефлексов, 2х сторонним симптомом Бабинского. Отсутствует болевая и вибрационная чувствительность ниже линии сосков с 2х сторон, нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Какие обследования необходимо провести?
- 3) Тактика лечения.

ОТВЕТ:

- 1) Экстрamedулярная опухоль грудного отдела (Т3-4) спинного мозга.
- 2) МРТ спинного мозга на уровне Т1-Т6.
- 3) Лечение оперативное.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

27. Во время дальнего плавания в открытом океане матрос упал в трюм с высоты 3х метров. Осмотр судового врача сразу же после травмы выявил нижнюю параплегию, атонию мышц ног, арефлексию коленных и Ахилловых рефлексов, проводниковую анестезию с уровня сосков, задержку мочеиспускания, резкие боли в грудном отделе позвоночника. Через 3 дня тонус мышц повысился, появились глубокие рефлексы и симптом Бабинского с 2-х сторон, остальные симптомы сохранялись.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Как называется состояние, развившееся у пациента сразу после травмы?
- 3) Как называется клинический синдром, выявленный у пациента через 3 дня?
- 4) Какие обследования необходимо провести?
- 5) Тактика лечения.

ОТВЕТ:

- 1) Закрытая спинальная травма. Сдавление? или ушиб грудного отдела (Т7-8) спинного мозга.
- 2) Спинальный шок.
- 3) Синдром полного поперечного поражения спинного мозга на уровне Т7-8.
- 4) МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника.
- 5) Введение метилпреднизолона (30мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

Опухоли центральной нервной системы

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

28. У женщины 40 лет четыре месяца назад появились периодически возникающие приступы «ползания мурашек» в левой половине туловища. Около месяца испытывает снижение болевых ощущений в правой половине туловища, часто не может попасть рукой в левый рукав одежды, испытывает затруднения при одевании обуви на левую ногу. В связи с

этим обратилась к врачу семейной медицины. При осмотре: снижение всех видов чувствительности слева.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
- 3.Рекомендации по тактике обследования?

ОТВЕТ:

1. Правая теменная доля головного мозга.
2. Опухоль правой теменной доли.
3. МРТ головного мозга с контрастированием.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

29. Больной 45 лет жалуется на опоясывающие боли на уровне пупка существующие 4 месяца. В последнее время стал отмечать нарастающую слабость в правой ноге, появилось легкое затруднение при мочеиспускании. При осмотре: Тонус в правой ноге повышен, глубокие рефлексы на нижних конечностях повышены D>S, симптом Бабинского справа, проводниковая гипестезия с уровня пупка слева, снижена вибрационная чувствительность в правой ноге.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Клинический диагноз?
3. Обследование?
- 4.Лечение?

ОТВЕТ:

1. Поражение спинного мозга на уровне сегментов Th9-10/
2. Объемное образование спинного мозга (опухоль?), сосудистая мальформация?
3. МРТ спинного мозга (грудной отдел).
4. Оперативное.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

30. Женщина 49 лет страдает упорной головной болью распирающего характера 4 месяца. Полгода назад начались и повторяются два раза в месяц приступы клонических судорог в левой стопе, с последующим преходящим парезом стопы. Объективно: слева повышение глубоких рефлексов, положительный симптом Бабинского. Глазное дно: расширение вен сетчатки.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Как называется неврологический синдром, при котором возникают локальные судороги, без потери сознания?
- 3.Предположительный клинический диагноз?
- 4.Обследование?
- 5.Лечение?

ОТВЕТ:

- 1.Правая лобная доля, верхние отделы прецентральной извилины.
2. Парциальная (Джексоновская) эпилепсия.
3. Объемное образование (опухоль?) правой лобной доли.
- 4.МРТ (КТ) головного мозга.
- 5.Оперативное

Неотложные состояния в неврологии

ПК-5 (ПК-5.1)

31. Пациенту 39 лет. Диагноз: «Дорсопатия, Грыжи дисков L4-L5, L5-S1 с компрессией корешков конского хвоста, нижним периферическим парапарезом, нарушением функций тазовых органов».

Задания:

- 1) Предложите тактику лечения.
- 2) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 3) Показано ли санаторно-курортное лечение

ОТВЕТ:

1) Хирургическое лечение. НПВС, салуретики, антиагреганты до хирургического вмешательства. Отказ от оперативного вмешательства грозит стойкой утратой функций вплоть до отсутствия движений в ногах и утратой контроля над работой тазовых органов, трофическими нарушениями в области крестца.

2) Да

3) Нет

4 семестр

Психоневрология и соматоневрология

ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3)

32. Школьник 8 лет. В течение 3 месяцев страдает приступами тонико-клонического характера, начинающимися в мышцах лица, языка, сопровождающимися гиперсаливацией, остановкой речи, прекращением обычной двигательной активности, потерей контакта с окружающими, наблюдаются автоматизированные движения рук, затем развиваются тонико-клонические генерализованные судороги. Приступы появляются 1 раз в 1-2 недели, без явной причины, длятся 2-3 минуты, после приступа ребенок засыпает. На ЭЭГ выявляются пики в лобноносовисочных областях с генерализацией по конвексу. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил.

Задание:

- 1) Первая помощь?
- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение?

ОТВЕТ:

1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.

2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.

3) Обследование: ЭЭГ, ЭЭГ-мониторинг, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.

4) Идиопатическая эпилепсия. Сложные парциальные припадки с вторичной генерализацией.

5) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), карбамазепин

Психоневрология и соматоневрология

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2, ПК-3.3, ПК-3.4, ПК-3.5)

33. Мужчина 46 лет, жалуется на утренние головные боли, приступы, сопровождающиеся подергиваниями в правых конечностях (начинаются в правой ноге, распространяются на правую руку). Сознание не теряет. Приступы повторяются 1-2 раза в

день, впервые возникли 3 месяца назад. Из анамнеза известно, что 4 года назад получил закрытую черепно-мозговую травму – ушиб головного мозга. По данным КТ: наружная и внутренняя гидроцефалия. На ЭЭГ: комплексы «острая медленная волна» в лобно-теменной области левого полушария.

Задание:

- 1) Клинический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Последствия закрытой черепно-мозговой травмы (ушиб головного мозга). Симптоматическая эпилепсия, парциальные моторные припадки (джексоновский марш).
- 2) Обследование: МРТ головного мозга, ЭЭГ.
- 3) Лечение: нормализация внутричерепного давления (глицерин, флебодия), препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), топамакс.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

34. Мужчина 30 лет, обратился к врачу общего профиля по причине того, что в течение месяца у него возникают ощущения онемения и покалывания в правых конечностях, чувство прохождения «электрического тока» в них с последующей утратой сознания и развитием тонико-клонических судорог и непроизвольного мочеиспускания, после приступа сознание пациента спутанное, сам припадок пациент не помнит.

Задание:

- 1) Обследование?
- 2) Первая помощь?
- 3) Действие врача скорой помощи?
- 4) Топический диагноз?
- 5) Клинический диагноз?
- 6) Лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Сбор анамнеза, консультация невролога, ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови.
- 2) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.
- 3) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.
- 4) Левая теменная область.
- 5) Парциальные простые сенсорные припадки с вторичной генерализацией.
- 6) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), карбамазепин.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (или) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

**Подготовка оценочных материалов для текущего контроля успеваемости,
промежуточной аттестации, проведения контроля остаточных знаний, диагностической
работы и других оценочных мероприятий**

Тестирование:

Тестирование представляет собой выполнение обучающимися тестовых заданий, включающих в себя:

1. Выполнение тестовых заданий с выбором одного правильного ответа (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 3 (трех) минут на одно задание);
2. Выполнение тестовых заданий на установление правильной последовательности или соответствия (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 5 (пяти) минут на одно задание);
3. Выполнение тестовых заданий с развернутым ответом (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 7 (семи) минут на одно задание).

Эталоны правильных ответов (ключи правильных ответов) к тестовым заданиям представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Письменные и устные задания, предполагающие предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа:

- *ситуационные задачи, практические задания, лабораторные работы, учебно-исследовательские работы, учебные истории болезней (далее – практические задания)* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 30 (тридцати) минут).

Решение/выполнение практических заданий определено следующими «ключами»:

Шаг 1. Изучение условий практических заданий, предполагающее внимательное прочтение. На данном этапе важно понять какие процессы происходят, какие роли выполняют «участники практического задания», какие данные предоставлены и что требуется решить/выполнить (то есть какой результат должен быть получен).

Шаг №2. Анализ условий практического задания. В данном случае важно определить описанные тенденции, стороны, числовые данные (показатели или иные точные сведения). Не помешает соотнести заявленные сведения с теоретическими канонами и определить: какие формулы допустимы, какие правила применимы в данной ситуации или случае, нормы и пр.

Шаг №3. Сортировка данных и построение логики решения. На данном этапе важно классифицировать сведения и установить их связь с определёнными научными, учебными и иными критериями, подобрать наиболее подходящие условия, формулы, алгоритмы, методики, правила и пр.

Шаг №4. Определение точной последовательности действий. В данном случае важно определить достаточность данных для решения/выполнения практического задания, необходимость и способы получения дополнительной или недостающей информации для выработки решения. По результатам четвертого шага ординатор должен определить точную последовательность действий и описать ее в виде решения по этапам, обосновав каждый момент.

Шаг №5. Оформление практического задания. Данный вариант зависит от условий его реализации: достаточно устно озвучить решение и обосновать его, в виде письменного ответа на задание – представить в соответствующем виде (кратко, емко и обоснованно изложив ход мыслей и решения, результат).

- *ответы на вопросы для опроса в ходе текущего контроля, ответы на вопросы для зачета/зачета с оценкой, ответы на вопросы экзамена* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 25 (двадцати пяти) минут;

Подготовка к устному ответу строится с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Вдумайтесь в формулировку данного вопроса.

Шаг №2. Посмотрите на вопрос, как на задачу. Проведите анализ (какими фактами Вы располагаете, к какому выводу можно подвести слушателей).

Шаг №3. Выделите главную мысль; разбейте знания по вопросу на смысловые абзацы; убедитесь, что всё понятно.

Шаг №4. Разделите лист ответа на две части.

- в левой наметьте план ответа. Следите, чтобы этапы плана не нарушали логических рассуждений.

- в правой части сделайте необходимые выборки к пунктам плана: примеры, правила, формулировки, схематические записи. Убедитесь, что каждый этап плана обоснован. Особое внимание обратите на наиболее важные факты.

Шаг №5 Выстройте четкий с применением профессиональных терминов, логический ответ. Минимизируйте при ответе «общую информацию», строго отвечайте на поставленный вопрос. Речь должна быть внятной, аргументы доказательными. Будьте готовы к возможным дополнительным уточняющим вопросам по заявленной теме.

При выполнении письменных и устных заданий, предполагающих предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа необходимо подробно ответить на поставленные теоретические вопросы, описать ход выполнения (решения) практической составляющей, сформулировать выводы и интерпретировать полученные результаты.

Практические навыки – (10-25 минут) демонстрируются с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Выслушайте/прочтите объяснения преподавателя. Этап теоретического осмысления работы.

Шаг №2. Показ. Этап инструктажа.

Шаг №3. Проба. Этап, на котором 2-3 ординатора выполняют работу, а остальные наблюдают и под руководством преподавателя делают замечания, если в процессе работы допускается ошибка.

Шаг №4. Выполнение работы. Этап, на котором каждый самостоятельно выполняет задание. В ходе демонстрации практических навыков обучающемуся необходимо:

- оснастить рабочее место с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения практического навыка (при необходимости),

- соблюдать все требования к безопасности;

- выполнить последовательно практические действия в соответствии с алгоритмом выполнения на специализированном оборудовании (манекене, муляже и пр.), ординаторе-волонтере, т.п.

- все действия обосновать.

Шаг №5. Контроль. На этом этапе работы ординаторов принимаются и оцениваются. Учитывается качество выполнения, бережное отношение к времени, скорость и правильное выполнение задания.

Доклады, рефераты, эссе – (15-25 минут) выполняются с использованием разработанного «ключа»:

Шаг №1. Тема реферата, доклада, эссе выбирается ординатором самостоятельно из предлагаемого перечня с учетом собственных интересов и возможностей.

Шаг №2. Реферат, доклад, эссе выполняется на основе теоретического анализа и обобщения данных научно-методической литературы.

Шаг №3. После выбора темы необходимо подобрать источники литературы и ознакомиться с их содержанием. При подборе литературы следует пользоваться электронными библиотечными системами, возможностями читального зала, консультаций профессорско-преподавательского состава кафедры. Литература по теме должна быть законспектирована и

выписана на отдельные карточки. Это ускорит в дальнейшем составление списка литературы, плана реферата.

Шаг №4. После ознакомления с литературой разрабатывается структура (содержание) реферата.

Шаг №5. Теоретические выводы подкрепляются практическим материалом по выбранной теме.

Шаг №6. Подготовка реферата, доклада, эссе к защите с использованием презентации.

Шаг №7. Обсуждение в группе и оценка защиты реферата, доклада, эссе.

Общая продолжительность общего времени проведения оценочного мероприятия не должна превышать два академических часа (90 минут).