

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Косенок Сергей Михайлович

Должность: ректор

Дата подписания: 01.07.2026 11:28:00

Уникальный программный ключ:

e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

11 июня 2026 г., протокол УМС №5

Неврология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Кардиологии**
Учебный план о310842-Неврол-26-1.plx
31.08.42 Неврология

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **26 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 936
в том числе:
аудиторные занятия 464
самостоятельная работа 409
часов на контроль 63

Виды контроля в семестрах:
экзамен 1,2
контрольная работа 1,2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		2 (1.2)		Итого	
Неделя	16 4/6		14 4/6			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП	УП	РП
Лекции	32	32	16	16	48	48
Практические	208	208	208	208	416	416
Итого ауд.	240	240	224	224	464	464
Контактная работа	240	240	224	224	464	464
Сам. работа	228	228	181	181	409	409
Часы на контроль	36	36	27	27	63	63
Итого	504	504	432	432	936	936

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Смертина Л.П.

Рабочая программа дисциплины

Неврология

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.42 Неврология (приказ Минобрнауки России от 02.02.2022 г. № 103)

составлена на основании учебного плана:

31.08.42 Неврология

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11.06.2026 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Кардиологии от 17.04.2026 протокол № 10

Зав. кафедрой, к.м.н. доцент Урванцева И.А.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	подготовка квалифицированного врача-специалиста невролога, обладающего системой обще-культурных и профессиональных компетенций, готового для самостоятельной профессиональной деятельности по оказанию первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной медицинской помощи; а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях нервной системы.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.О
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Патология
2.1.2	Детская неврология
2.1.3	Нейрохирургия
2.1.4	Нейровизуализация
2.1.5	Болевые синдромы в неврологической практике
2.1.6	Клиническая фармакология
2.1.7	Персонифицированная медицина
2.1.8	Реабилитация неврологических больных
2.1.9	Экстрапирамидные расстройства
2.1.10	Физиотерапия (адаптационная программа)
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Производственная (клиническая) практика
2.2.2	Производственная (клиническая) практика
2.2.3	Подготовка и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ОПК-4.1: Обладает готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
Знать:	
Уровень 1	1
ОПК-4.2: Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, у пациентов (их законных представителей) и проводит физикальное исследование	
Знать:	
Уровень 1	1
ОПК-4.3: Направляет на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Знать:	
Уровень 1	1
ОПК-4.4: Направляет пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
Знать:	
Уровень 1	1
ОПК-4.5: Осуществляет обоснование и постановку диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	
Знать:	
Уровень 1	1
ОПК-4.6: Осуществляет обеспечение безопасности диагностических мероприятий для пациентов и медицинских работников	

Знать:		
Уровень 1	1	
ОПК-5.1: Разрабатывает план лечения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
Знать:		
Уровень 1	1	
ОПК-5.2: Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
Знать:		
Уровень 1	1	
ОПК-5.3: Назначает немедикаментозную терапию пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
Знать:		
Уровень 1	1	
ОПК-7.1: Осуществляет работу по проведению медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических		
Знать:		
Уровень 1	1	
ОПК-7.2: Осуществляет проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и работу в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности		
Знать:		
Уровень 1	1	
ОПК-7.3: Осуществляет подготовку медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы		
Знать:		
Уровень 1	1	
ОПК-9.1: Осуществляет составление плана и отчета о своей работе		
Знать:		
Уровень 1	1	
ОПК-9.2: Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа		
Знать:		
Уровень 1	1	
ОПК-9.3: Осуществляет проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности		
Знать:		
Уровень 1	1	
ПК-1.1: Осуществляет проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза		
Знать:		
Уровень 1	1	
ПК-1.2: Осуществляет назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности		
Знать:		
Уровень 1	1	

ПК-1.3: Осуществляет оказание паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы	
Знать:	
Уровень 1	1

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	– нормативно-правовую базу по вопросам охраны здоровья населения.
3.1.2	– основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность неврологической службы;
3.1.3	– основы медицинского страхования и деятельности медицинских учреждений в условиях страховой медицины;
3.1.4	– систему организации, структуру и задачи неврологической службы в стране;
3.1.5	– организацию работы неотложной неврологической помощи;
3.1.6	– международную классификацию болезней;
3.1.7	– распространенность, смертность от неврологических заболеваний среди населения. значение этих показателей в оценке состояния здоровья населения;
3.1.8	– медицинскую статистику, учет и анализ основных показателей здоровья населения;
3.1.9	– анатомию и физиологию человека;
3.1.10	– общую патологию;
3.1.11	– клиническую лабораторную диагностику;
3.1.12	– анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию центральной, периферической и вегетативной нервной системы;
3.1.13	– нормальную и патологическую физиологию центральной и периферической нервной системы;
3.1.14	– этиологию и патогенез заболеваний нервной системы;
3.1.15	– классификации болезней нервной системы;
3.1.16	– современные методы обследования неврологического больного;
3.1.17	– современные методы лечения в неврологии;
3.1.18	– показания и противопоказания к нейрохирургическому лечению, применению физиотерапии и лечебной физкультуры, санаторно-курортному лечению при заболеваниях нервной системы;
3.1.19	– основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической клинике;
3.1.20	– основные принципы неотложной терапии нервных болезней;
3.1.21	– основы клинической фармакологии и нейрофармакологию;
3.1.22	– экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы.
3.1.23	– организацию диспансеризации неврологических больных, анализ ее эффективности;
3.1.24	– профилактику неврологических заболеваний и сан - просветительную работу;
3.1.25	– клинику, лабораторную, функциональную, инструментальную диагностику, терапию смежных заболеваний: сердечно-сосудистых, эндокринных; болезней крови; васкулитов и диффузных заболеваний соединительной ткани, болезней мочеполовой системы и печени, лор-органов;
3.1.26	– перинатальную патологию нервной системы и неврологические заболевания детского возраста.
3.2	Уметь:
3.2.1	– получить анамнестическую информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки неврологического заболевания, установить топический диагноз и неврологический синдром;
3.2.2	– определить необходимость применения тех или иных методов клинического и инструментального обследования;
3.2.3	– оценить результаты клинических и биохимических показателей, данные рентгеноскопии и рентгенографии, нейровизуализации, ЭКГ, эхографии как способов диагностики патологических процессов и их активности;
3.2.4	– установить диагноз и провести дифференциальный диагноз в соответствии с классификацией МКБ-10, с выделением основного заболевания или синдрома, сопутствующих заболеваний и осложнений;
3.2.5	– назначить рациональное комплексное лечение в соответствии с действующими стандартами оказания неврологической помощи;
3.2.6	– оценить эффективность лечения, осуществить мероприятия по предупреждению возможных и лечению развившихся осложнений заболевания;
3.2.7	– определить показания для консультации других специалистов, консилиума специалистов;
3.2.8	– организовать изоляцию больных с карантинными заболеваниями и противоэпидемические мероприятия;
3.2.9	– владеть методами обезболивания, уметь купировать острые болевые синдромы различного генеза;
3.2.10	– оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость реанимационных мероприятий;

3.2.11	– провести комплекс реанимационных мероприятий при клинической смерти и терминальных состояниях;
3.2.12	– оказать срочную медицинскую помощь при неотложных состояниях в неврологии, а также при острой сердечной и сосудистой недостаточности, острой дыхательной недостаточности, острых интоксикациях, термических и электротравмах;
3.2.13	– провести анализ неврологической заболеваемости на обслуживаемом участке (отделе-нии, поликлинике, МСЧ, районе, регионе), определить задачи по улучшению невро-логической ситуации, решить вопросы прогноза;
3.2.14	– определить срок временной потери трудоспособности и направления на КЭК, устано-вить показания для направления на МСЭК;
3.2.15	– дать диагностическую оценку результатам ликворологического исследования;
3.2.16	оценить результаты рентгенологического исследования черепа и позвоночника, цере-бральной ангиографии, электроэнцефалографии, ультразвуковых методов исследова-ния, электромиографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а также картины глазного дна и исследования полей зрения;
3.2.17	– оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
3.2.18	– организовать работу среднего медицинского персонала;
3.2.19	– установить диагноз и провести лечение при следующих заболеваниях:
3.2.20	– острых нарушениях мозгового кровообращения: преходящих нарушениях мозгового кровообращения, геморрагическом и ишемическом инсульте, субарахноидальном кровоизлиянии;
3.2.21	- дисциркуляторной энцефалопатии;
3.2.22	- спинальном инсульте, сосудистых миелопатиях.
3.2.23	- вертеброгенных поражениях нервной системы;
3.2.24	- моно- и полиневропатиях, плекситах;
3.2.25	- невралгиях, компрессионных поражениях нервов (туннельные синдромы);
3.2.26	- энцефалитах (энцефаломиелитах);
3.2.27	- полиомиелитах;
3.2.28	- миелитах;
3.2.29	- эпидуритах;
3.2.30	- поражениях ЦНС при туберкулезе, сифилисе, СПИДе;
3.2.31	- цистицеркозе;
3.2.32	- токсоплазмозе;
3.2.33	- острым рассеянным энцефаломиелите, рассеянном склерозе, подостром склерозирующем энцефалите, демиелинизирующих заболеваниях периферической нервной системы;
3.2.34	- боковом амиотрофическом склерозе;
3.2.35	- спинальной мышечной атрофии;
3.2.36	- опухолях головного мозга;
3.2.37	- опухолях спинного мозга;
3.2.38	- опухолях периферических нервов;
3.2.39	- болезни Паркинсона и паркинсонизме;
3.2.40	- тиках
3.2.41	- хорей
3.2.42	- дистониях
3.2.43	- треморе
3.2.44	- осложнениях алкоголизма (острая энцефалопатия Гайе-Вернике, хроническая алкогольная энцефалопатия, алкогольная полиневропатия);
3.2.45	- энцефаломieloполиневропатии при интоксикации солями тяжелых металлов (ртутная, свинцовая, мышьяковая, марганцевая);
3.2.46	- лекарственных интоксикациях (наркотические анальгетики, нейролептики, транквилиза-торы, барбитураты);
3.2.47	- дисметаболической коме;
3.2.48	- поражениях центральных вегетативных структур (вегетативная дистония, гипоталамиче-ские, обменно-эндокринные синдромы);
3.2.49	- мигрени;
3.2.50	- миастении и миастенических синдромах;
3.2.51	- ботулизме
3.2.52	- заболеваниях подкорковых ганглиев (болезнь Паркинсона, гепатocereбральная дистро-фия, болезнь Гентингтона, прогрессирующая миоклоническая эпилепсия);
3.2.53	- дегенеративные заболевания с преимущественным поражением пирамидной и мозжечко-вой систем (семейная спастическая параплегия, спиноcerebellарные дегенерации, оливо-пonto- cerebellарная дегенерация);

3.2.54	- черепно-мозговой травме (сотрясение и ушиб мозга, субдуральные и эпидуральные кровоизлияния, субарахноидальное кровоизлияние);
3.2.55	- позвоночно-спинномозговая травма;
3.2.56	- травме периферических нервов.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)						
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Примечание
	Раздел 1.					
1.1	Развитие и становление неврологической служ-бы в РФ. /Лек/	1	2	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.2	Семиотика и топогра-фическая анатомия за-болеваний нервн-ой системы /Лек/	1	10	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.3	Методы исследования в неврологии /Лек/	1	4	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.4	Принципы и методы лечения неврологиче-ских больных /Лек/	1	4	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	

1.5	Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи /Лек/	1	8	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.6	Инфекционные заболевания центральной нервной системы /Лек/	1	4	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.7	Развитие и становление неврологической службы в РФ /Пр/	1	4	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.8	Семиотика и топографическая анатомия заболеваний нервной системы /Пр/	1	64	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.9	Методы исследования в неврологии /Пр/	1	20	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	

1.10	Принципы и методы лечения неврологиче-ских больных /Пр/	1	40	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.11	Заболевания перифери-ческой нервной систе-мы, мышц и нервно-мышечной передачи /Пр/	1	20	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.12	Инфекционные заболе-вания центральной нервной системы /Пр/	1	20	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.13	Сосудистые заболева-ния нервной системы /Пр/	1	20	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.14	Вегетативные рас-стройства /Пр/	1	20	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	

1.15	Развитие и становление неврологической служ-бы в РФ. /Ср/	1	12	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.16	Семiotика и топогра-фическая анатомия за-болеваний нервной си- стемы /Ср/	1	50	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.17	Методы исследования в неврологии /Ср/	1	30	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.18	Принципы и методы лечения неврологиче-ских больных /Ср/	1	36	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.19	Заболевания перифери-ческой нервной систе-мы, мышц и нервно-мышечной передачи /Ср/	1	24	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	

1.20	Инфекционные заболевания центральной нервной системы /Ср/	1	20	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.21	Сосудистые заболевания нервной системы /Ср/	1	28	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.22	Вегетативные расстройства /Ср/	1	28	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.23	Неврология /Экзамен/	1	36	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.24	Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы /Лек/	2	4	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	

1.25	Травмы нервной систе-мы /Лек/	2	4	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.26	Опухоли нервной си-стемы /Лек/	2	2	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.27	Неотложные состояния в неврологии /Лек/	2	2	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.28	Рассеянный склероз и другие демиелинизи-рующие заболевания ЦНС /Лек/	2	4	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.29	Наследственные и де-генеративные заболева-ния нервной системы /Пр/	2	32	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	

1.30	Травмы нервной систе-мы /Пр/	2	24	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.31	Опухоли нервной си-стемы /Пр/	2	56	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.32	Неотложные состояния в неврологии /Пр/	2	48	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.33	Рассеянный склероз и другие демиелинизи-рующие заболевания ЦНС /Пр/	2	48	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.34	Наследственные и де-генеративные заболева-ния нервной системы /Ср/	2	42	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	

1.35	Травмы нервной систе-мы /Ср/	2	8	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.36	Опухоли нервной системы /Ср/	2	39	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.37	Неотложные состояния в неврологии /Ср/	2	48	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.38	Рассеянный склероз и другие демиелинизи-рующие заболевания ЦНС /Ср/	2	44	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	
1.39	Неврология /Экзамен/	2	27	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3 ОПК-4.4 ОПК-4.5 ОПК-4.6 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-5.3 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации
Представлены отдельным документом
5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования
Представлены отдельным документом

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Триумфов А. В.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Краткое руководство	М.: МЕДпресс, 2023	12
Л1.2	Алексеева Г. В., Молчанов И. В., Семченко В. В.	Клиническая неврология и интенсивная терапия постреанимационного поражения нервной системы (острый период): пособие для врачей	М.: Российская медицинская академия последипломного образования, 2020, https://doi.org/10.17116/anaesthesiology20200517	10
Л1.3	Скоромец А. А., Скоромец Т. А.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей	СПб.: Политехника, 2021	0
Л1.4	Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А.	Нервные болезни: учебное пособие	Москва: МЕДпресс-информ, 2022	29
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Ходос Х. Г.	Нервные болезни: Руководство для врачей	М.: Медицина, 2020	2
Л2.2	Кадыков А. С., Манвелов Л. С., Шахпаронова Н. В.	Хронические сосудистые заболевания головного мозга: (дисциркуляторная энцефалопатия)	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020	2
Л2.3	Зими́на Э. В., Кочеткова И. О., Кухтевич Е. В., Ющук Н. Д., Найговзина Н. Б.	Введение в медицинскую статистику с основами эпидемиологического анализа: учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня специалитета по направлениям подготовки 31.05.01	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021	3
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Смертина Л. П.	Принципы поликлинической реабилитации при заболеваниях нервной системы: Методические рекомендации	Сургут: Изд-во СурГУ, 2001	15

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
ЛЗ.2	Вознюк И.А., Савелло В.Е., Шумакова Т.А.	Неотложная клиническая нейрорадиология. Инсульт: монография	Санкт-Петербург: Фолиант, 2016, http://www.iprbookshop.ru/60926.html	1
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	Электронная библиотека РНБ: фонд авторефератов диссертаций			
Э2	Научная электронная библиотека «КиберЛенинка»			
Э3	ВИНИТИ			
6.3.1 Перечень программного обеспечения				
6.3.1.1	Пакет прикладных программ Microsoft OPffice			
6.3.2 Перечень информационных справочных систем				
6.3.2.1	http://www.garant.ru Информационно-правовой портал Гарант.ру			
6.3.2.2	http://www.consultant.ru Справочно-правовая система Консультант Плюс			

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	1. Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа (практических занятий), групповых и индивидуальных консультации, текущего контроля и промежуточной аттестации
7.2	- типовой учебной мебелью
7.3	- стационарной учебной доской для мела
7.4	- табличным фондом
7.5	- Ноутбук
7.6	- Медиапроектор
7.7	- Стационарный экран
7.8	2. БУ-ХМАО-СОКБ
7.9	- Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе
7.10	связанные с медицинскими вмешательствами
7.11	- медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские ве-сы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, негатоскоп, камертон, молоточек неврологический)
7.12	- Универсальный передвижной палатный рентгеновский аппарат
7.13	- Высокоскоростной сканирующий томограф
7.14	- Мультисрезовой рентгеновский компьютерный томограф
7.15	- Томограф магнитный резонансный (МРТ)
7.16	- Передвижной рентгенодиагностический ком-плекс
7.17	- Электроэнцефалограф-анализатор
7.18	- Электромиограф
7.19	3. Аудитории симуляционного центра МИ, оборудованные фан-томной и симуляционной техникой, лабораторными инстру-ментами и расходными материалами.

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по УМР
_____ Е.В.Коновалова

« ____ » _____ 20__ г.

**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Приложение к рабочей программе по дисциплине**

Неврология

Специальность:

31.08.42 Неврология

(наименование специальности с шифром)

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:

Врач - невролог

Форма обучения:

очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры кардиологии

« ____ » _____ 20__ года, протокол № _____

Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент _____ И.А.Урванцева

(ученая степень, должность или ученое звание, Ф.И.О.)

Сургут, 20__ г.

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы 1 семестр

1. Этап проведение текущей аттестации:

1.1. модуль № 1.1 , 1.7 , 1.15 «Развитие и становление неврологической службы в РФ»

Список вопросов для устного опроса модуль № 1.7

1. Основные этапы развития отечественной неврологии. Выдающиеся организаторы неврологической службы России
2. Система организации, структура и задачи неврологической службы в РФ
3. Организация работы неотложной неврологической помощи в РФ
4. Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность неврологической службы
5. Диспансеризация неврологических больных

Список тем рефератов или презентаций модуль № 1.15 для самостоятельной работы ординатора

1. Законодательство. Организация неврологической помощи.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение данного задания- написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1,ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.2 модуль № 1.2 , 1.8 , 1.16 «Семиотика и топографическая анатомия заболеваний нервной системы»

Список вопросов для устного опроса модуль № 1.8

1. Общее строение нервной системы. Характер симптомов поражения нервной системы. Определение распространенности патологии функций (терминология).
2. Регенерация в нервной системе: восстановление нервных волокон в периферической нервной системе; восстановление функций ЦНС.
3. Виды чувствительности, методы их исследования. Проводящие пути различных видов чувствительности.
4. Оценка состояния моторики в неврологии, строение двигательных систем.
5. Понятие центрального и периферического паралича. Поражение двигательного пути на различных уровнях.
6. Уровни и центры спинного мозга: центр диафрагмы, цилиоспинальный центр, центры тазовых функций. Синдромы поражения.
7. Синдромы полного и половинного поражения спинного мозга на различных уровнях: верхнешейный отдел, шейное утолщение, грудной отдел.
8. Синдромы полного и половинного поражения спинного мозга на различных уровнях: поясничное утолщение, конус, конский хвост.
9. Мозжечок. Строение, связи мозжечка. Функции мозжечка. Синдромы поражения червя и полушарий мозжечка.
10. Экстрапирамидная система: ядра, пути экстрапирамидной системы. Основные функции. Синдромы поражения. Виды гиперкинезов.

11. Лимбическая система и ретикулярная формация. Функции в норме и синдромы поражения.
12. Черепные нервы: обонятельный нерв. Строение. Симптомы поражения на различных уровнях.
13. Черепные нервы: зрительный нерв. Строение. Методы исследования функции. Симптомы поражения на различных уровнях.
14. Черепные нервы: глазодвигательный нерв. Строение. Симптомы поражения. Синдром Вебера. Внутренняя, наружная и тотальная офтальмоплегия. Зрачковые реакции, их диагностическая ценность.
15. Система заднего продольного пучка. Коровый центр взора, симптомы поражения и раздражения.
16. Черепные нервы: IV и VI пары. Строение, симптомы поражения.
17. Черепные нервы: лицевой нерв. Строение. Симптомы поражения на различных уровнях. Синдром Мийара-Гублера.
18. Черепные нервы: вестибулокохлеарный нерв. Строение. Методы исследования функции. Симптомы поражения на различных уровнях.
19. Черепные нервы: IX, X пары. Строение. Симптомы поражения на различных уровнях. Бульбарный и псевдобульбарный паралич.
20. Черепные нервы: XI-XII пары. Строение. Симптомы поражения. Синдром Джексона.
21. Строение коры головного мозга: цитоархитектоника, деление на корковые поля, 1 и 2 сигнальные системы (по И.П.Павлову). Локализация центров в коре головного мозга.
22. Функциональная асимметрия правого и левого полушарий головного мозга.
23. Синдром поражения лобной доли головного мозга.
24. Синдром поражения теменной доли головного мозга.
25. Синдром поражения височной доли головного мозга.
26. Синдром поражения затылочной доли головного мозга.
27. Синдром поражения таламуса и внутренней капсулы головного мозга.
28. Центры речи в ЦНС. Васкуляризация центров речи. Дифференциация афазий и дизартрий.
29. Высшие мозговые функции: память, мышление, сознание. Синдромы нарушения.
30. Оболочки мозга: строение и функции. Значение оболочек мозга в патологии нервной системы.

Список тестовых заданий к модулю № 1.8

001. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
- а) верхней прямой
 - б) наружной прямой
 - в) нижней прямой
 - г) нижней косой
002. Мидриаз возникает при поражении
- а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 - г) среднего непарного ядра
 - д) ядра медиального продольного пучка

003. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматомы, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
- а) T6 или T7
 - б) T8 или T9
 - в) T9 или T10
 - г) T10 или T11
004. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
- а) гипотрофии мышц
 - б) повышения сухожильных рефлексов
 - в) нарушения функции тазовых органов
 - г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
005. Хореический гиперкинез возникает при поражении
- а) палеостриатума
 - б) неостриатума
 - в) медиального бледного шара
 - г) латерального бледного шара
006. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а) латерально
 - б) медиально
 - в) вентрально
 - г) дорсально
007. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а) латерально
 - б) медиально
 - в) вентрально
 - г) дорсально
008. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)
- а) в продолговатом мозге
 - б) в мосту мозга
 - в) в ножках мозга
 - г) в зрительном бугре
009. Медиатором тормозного действия является
- а) ацетилхолин
 - б) ГАМК
 - в) норадреналин
 - г) адреналин
010. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
- а) в латеральном ядре бледного шара
 - б) в полосатом теле
 - в) в медиальном ядре бледного шара
 - г) в субталамическом ядре

Список задач к модулю № 1.8

Задача 1.

У больной с нижним парапарезом определяется в ногах спастический тонус, повышение сухожильных рефлексов, защитные рефлексы, рефлексы Бабинского; отсутствуют брюшные рефлексы.

Какого характера парапарез? Где локализуется поражение?

Задача 2.

У больного - паралич правой руки со снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, фибриллярными подергиваниями, гипотрофией мышц.

Какого характера паралич? Где локализуется поражение?

Задача 3.

У больного в неврологическом статусе определяется тетрапарез, на руках - гипотрофии, гипотония мышц, отсутствие рефлексов; на ногах - спастичность мышц, высокие сухожильные рефлексы, рефлекс Бабинского.

Какого характера парез? Где локализуется очаг?

Задача 4.

У больного отсутствуют движения в нижних конечностях, ахилловы рефлексы не вызываются, мышечный тонус в нотах низкий.

Какого характера двигательные нарушения? Где локализуется патологический очаг?

Задача 5.

У больного выявляется левосторонний гемипарез. Тонус в конечностях повышен. Мышечная сила в руке 2 балла, в ноге – 4 балла.

Какого характера парез? Где локализуется патологический очаг?

Задача 6.

Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским остроумиям, неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы. Определить топический диагноз.

Задача 7.

У больного отмечены астереогнозия, апраксия, акакулия, алексия. Больной правша.

Определить топический диагноз

Задача 8. При разговоре больной хорошо понимает обращенную речь, его речь односложна и не совсем понятна

Определите топический диагноз.

Задача 9. Больной много и бессвязно говорит. Речь его похожа на «словесную окрошку».

Определите топический диагноз.

Задача 10. При разговоре больной в своей речи избегает употреблять имена существительные, названия предметов.

Определите топический диагноз.

Задача 11. Родственники больного замечают за больным различные странности: больной не может самостоятельно одеть носки, застегнуть пуговицы рубашки, закурить папиросу.

Определите топический диагноз

Задача 12. Больной жалуется на периодически возникающий неприятный запах (тухлых яиц, испорченного мяса).

Определите топический диагноз.

Задача 13. У больного тетрапарез, анестезия с уровня С5 по проводниковому типу, задержка стула и мочеиспускания. На каком уровне поражен спинной мозг?

Задача 14. У больного паралич правой руки со снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, фибриллярными подергиваниями, гипотрофией мышц. Где локализуется поражение?

Задача 15. У больного отсутствует болевая и температурная чувствительность справа с уровня соска до уровня пупка. Где находится очаг повреждения? Как называется этот тип нарушения чувствительности?

Задача 16. После ножевого ранения позвоночной области отмечается спастический паралич правой ноги, аналгезия слева книзу от пупка, нарушение мышечно-суставного чувства в правой нижней конечности. Отсутствуют нижние и средние брюшные рефлексы справа. Где находится очаг поражения? Как называется этот синдром?

Задача 17. У трёх больных отмечается нижняя спастическая параплегия с проводниковой гипалгезией: а) у первого больного – ниже подмышечной области; б) у второго – ниже пупка; в) у третьего – ниже уровня паховых складок. Определите уровни поражения в каждом случае.

Задача 18. У больного нарушено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп, голеностопных, коленных, тазобедренных суставах; он почти не ощущает смещения кожной складки на обеих ногах и на туловище от уровня пупка. Отсутствует такжетактильная чувствительность книзу от пупка. Другие виды чувствительности не пострадали, парезов нет. Какие образования поражены, уровень поражения?

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.16 для самостоятельной работы ординатора

1. Общее строение нервной системы. Характер симптомов поражения нервной системы. Определение распространенности патологии функций (терминология).
2. Нейроморфология нервной системы: виды глии и функции различных разновидностей глии. Роль глии в патологии нервной системы.
3. Регенерация в нервной системе: восстановление нервных волокон в периферической нервной системе; восстановление функций ЦНС.
4. Виды чувствительности, методы их исследования. Проводящие пути различных видов чувствительности.
5. Симптомы поражения чувствительности. Типы нарушений чувствительности при поражении проводящих путей на различных уровнях.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, задач, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1,ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.3 модуль № 1.3, 1.9, 1.17 «Методы исследования в неврологии»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.9

1. Физиологическая роль ликвора, механизмы его образования и всасывания. Состав ликвора в норме. Основные ликворологические синдромы. Пробы на проходимость ликворных путей.
2. Техника люмбальной пункции. Показания и противопоказания к ее проведению.
3. Церебральная ангиография. Инвазивная и неинвазивная. Принципы, методы, диагностическая информативность. Показания
4. Электромиография. Принципы метода, диагностическая информативность. Показания.
5. Компьютерная томография, сущность метода, информативность при неврологических заболеваниях. Показания.
6. МРТ. Принципы метода. Диагностическая информативность. Показания.

7. Ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы. Принципы метода. Диагностическая информативность. Показания

Список тестовых заданий к модулю № 1.9

1. Ликвородинамическая проба Пуссепса вызывается
 - а) сдавлением шейных вен
 - б) давлением на переднюю брюшную стенку
 - в) наклоном головы вперед
 - г) разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах
2. Для изменений ликвора при вирусных энцефалитах не характерно наличие
 - а) лимфоцитарного плеоцитоза
 - б) увеличения содержания белка
 - в) увеличения содержания глюкозы и хлоридов
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
3. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется
 - а) усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
 - б) нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
 - в) усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
 - г) нарастанием неврологической симптоматики после пункции
4. При полной блокаде субарахноидального пространства на грудном уровне нарастание ликворного давления отмечается при пробе
 - а) Квеккенштедта
 - б) Стукея
 - в) Пуссепса
 - г) верно б) и в)
 - д) верно а) и в)
5. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается
 - а) невринома III в I (отитрической) стадии клинического течения
 - б) невринома III во II (отоневрологической) стадии клинического течения
 - в) опухоль височной доли
 - г) опухоль лобной доли
6. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного
 - а) вирусами гриппа
 - б) пневмококком
 - в) вирусом паротита
 - г) туберкулезной палочкой
7. Контрастное усиление при компьютерной томографии мозга применяют в случаях, если необходимо
 - а) выявить отек мозга, сопутствующий инсульту
 - б) установить геморрагическое пропитывание очага ушиба мозга

- в)определить геморрагический инфаркт мозга
- г)оценить состояние гематоэнцефалического барьера независимо от характера церебрального процесса

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

- а)четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга
- б)визуализируются сосуды мозга и оболочек
- в)можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга
- г)легко определяются петрификаты в ткани мозга

9.Компьютерная томография головного мозга противопоказана в случае, если

- а)у больного с инсультом диагностирован инфаркт миокарда
- б)у больного с черепно-мозговой травмой появились признаки поражения ствола
- в)у больного с опухолью задней черепной ямки появился синдром Гертвига -

Мажанди

- г)верно все перечисленное
- д)ничего из перечисленного

10.Решающая роль в диагностике смерти мозга из перечисленных методов обследования отводится

- а)электроэнцефалографии
- б)компьютерной томографии
- в)ангиографии
- г)эхоэнцефалографии

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.17 для самостоятельной работы ординатора

1. Анализ рентгенограмм органов грудной клетки, суставов и костей, краниография, спондилография
2. Анализ данных магнитной томографии головного и спинного мозга
3. Анализ данных миелографии
4. Запись,расшифровка и оценка ЭЭГ
5. Техника люмбальной пункции. Показания и противопоказания к ее проведению.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1,ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.4 модуль № 1.4, 1.10, 1.18 «Принципы и методы лечения неврологических больных»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.10

1. Принципы и методы лечения заболеваний периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи
2. Принципы и методы лечения инфекционных заболеваний нервной системы
3. Принципы и методы лечения вегетативных расстройств

Список тестовых заданий к модулю № 1.10

1. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает
- а) цефалексин
 - б) клиндамицин
 - в) рифампицин
 - г) цефтриаксон
2. Ингибиторы МАО
- а) снижают накопление норадреналина
 - б) увеличивают накопление норадреналина
 - в) снижают накопление дофамина
 - г) увеличивают накопление дофамина
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
3. К ингибиторам МАО относятся
- а) нуредаль, беллазон
 - б) аминазин, тизерцин
 - в) седуксен, радедорм
 - г) амитриптилин, триптизол
 - д) L-допа, наком
4. Холинергический криз снимается введением
- а) ганглиоблокирующих средств
 - б) мышечных релаксантов
 - в) атропина
 - г) адреналина
 - д) норадреналина
5. Биодоступность леводопы в сочетании с ингибитором периферической дофадекарбоксилазы повышается
- а) в 2 раза
 - б) в 3 раза
 - в) в 4 раза
 - г) в 5 раз
 - д) в 6 раз
6. Антиагрегантными свойствами обладают все перечисленные препараты, кроме
- а) ацетилсалициловой кислоты
 - б) дипиридамола
 - в) дигидроэрготоксина
 - г) клонидина
 - д) пармидина
7. При гипертоническом субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять
- а) анальгетики
 - б) антифибринолитики
 - в) дегидратационные препараты
 - г) спазмолитики
 - д) антигипертензивные средства
8. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг не следует применять
- а) препараты ксантинового ряда
 - б) α-адреноблокаторы
 - в) аналептики
 - г) препараты раувольфии

9. Для предупреждения и лечения обострений рассеянного склероза целесообразно назначить

- а) а-интерферон
- б) b-интерферон
- в) g-интерферон
- г) верно все перечисленное
- д) верно а) и б)

10. При ремиссии рассеянного склероза показано применение

- а) иммуностимуляторов
- б) плазмафереза
- в) глюкокортикоидов
- г) цитостатиков

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.18 для самостоятельной работы ординатора

- 1. Фармакотерапевтические методы в неврологии.
- 2. Физиотерапевтические методы в неврологии.
- 3. Рефлекторно-терапевтические методы в неврологии.
- 4. Лечебная физкультура и механотерапия в неврологии.
- 5. Ортопедические методы и мануальная терапия.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1, ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.5 модуль № 1.5, 1.11, 1.19 «Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.11

- 1. Диабетическая и алкогольная полинейропатии: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 2. Клиника, диагностика, лечение острой демиелинизирующей полинейропатии Гийена-Барре.
- 3. Нейропатии периферических нервов: срединного, локтевого, лучевого, малоберцового, большеберцового: этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 4. Заболевания периферической нервной системы: невралгия тройничного нерва: клиника, диагностика, лечение.
- 5. Невропатия лицевого нерва: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Тестовые задания к модулю №1.11

001. В основу классификации полинейропатий положен следующий принцип

- а) этиология заболевания
- б) особенность течения заболевания
- в) особенность клинической картины
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

002. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полинейропатии, является
- а) инфекционный
 - б) токсический
 - в) сосудистый
 - г) метаболический
 - д) все перечисленные
003. Синдром полинейропатии проявляется
- а) слабостью проксимальных отделов конечностей
 - б) расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей
 - в) вегетативными нарушениями в кистях и стопах
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
004. Для алкогольной полинейропатии характерно
- а) преимущественное поражение нижних конечностей
 - б) преимущественное поражение верхних конечностей
 - в) боли в голених и стопах
 - г) боли в предплечьях и кистях
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
005. Лекарственные полинейропатии чаще вызывают
- а) цитостатики
 - б) гипотензивные препараты
 - в) противотуберкулезные средства
 - г) верно а) и в)
 - д) верно а) и б)
006. Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие
- а) бульбарных расстройств
 - б) тазовых расстройств
 - в) расстройств глубокой чувствительности
 - г) нарушения аккомодации
 - д) сенсорной атаксии
007. Диабетическая полинейропатия развивается в результате
- а) поражения сосудов периферических нервов
 - б) нарушения метаболизма глюкозы
 - в) токсического повреждения миелина периферических нервов
 - г) всего перечисленного
 - д) верно а) и б)
008. Для свинцовой полинейропатии характерно наличие
- а) преимущественных парезов нижних конечностей
 - б) преимущественных парезов верхних конечностей
 - в) болей в конечностях
 - г) онемения в конечностях
 - д) всего перечисленного
 - е) верно б) и в)

009. Для мышьяковой полинейропатии характерно наличие
- а) преимущественных поражений нервов ног
 - б) багрово-синюшных полос на голених
 - в) белых полос на ногтях
 - г) верно а) и в)
 - д) верно а) и б)
010. Сопутствующим симптомом полинейропатии при пернициозной анемии является
- а) снижение сывороточного железа в крови
 - б) фуникулярный миелоз
 - в) гиперацидный гастрит
 - г) все перечисленное

Список задач к модулю №1.11

1. 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.

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 нетрудоспособности?
9. Рекомендации после восстановления

2. Мужчина 53 лет, страдающий хроническим панкреатитом, пришел в поликлинику с жалобами на онемение, «жжение» в стопах, боль в мышцах голених, 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 рефлексy не вызываются, снижены карпорадиальные рефлексy. 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.

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.19 для самостоятельной работы ординатора

1. Вертеброгенные поражения нервной системы (ВПНС)
2. Поражения нервных корешков, узлов, сплетений
3. Поражение отдельных периферических нервов
4. Поражение черепных нервов
5. Лицевые боли (прозопалгии)

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, задач, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1, ПК-2 , ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.6 модуль № 1.6, 1.12, 1.20 «Инфекционные заболевания центральной нервной системы»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.12

1. Нейроинфекции. Энцефалиты: классификация, этиология, патоморфология. Синдром “энцефалита”.
2. Клещевой энцефалит, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
3. Клещевой боррелиоз: этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
4. Вторичные постинфекционные энцефалиты: клиника, диагностика, лечение.
5. Менингиты: этиология, классификация, патоморфология. Синдром “менингита”.
6. Гнойные менингиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
7. Туберкулезный менингит: патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
8. Гнойные инфекции ЦНС: абсцесс головного мозга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.
9. Гнойные инфекции ЦНС: острый эпидуральный спинальный абсцесс: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.

Тестовые задания к модулю №1.12

001. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

- а) Коксаки
- б) простого герпеса
- в) кори
- г) паротита

002. Лечение паротитного менингита включает все перечисленное, кроме

- а) кортикостероидов
- б) дезоксирибонуклеазы
- в) трипсина
- г) аскорбиновой кислоты
- д) глицерина

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

- а) стафилококкового менингита

- б) пневмококкового менингита
- в) менингита, вызванного вирусом Коксаки
- г) менингококкового менингита
- д) лимфоцитарного хориоменингита

004. К редким синдромам энцефалита Экономо относят

- а) глазодвигательные расстройства
- б) патологические стопные знаки
- в) нарушения сна
- г) вегетативные расстройства

005. Для острого клещевого энцефалита не характерны

- а) заболевание в осенне-зимний период
- б) менингоэнцефалитический синдром
- в) повышение внутричерепного давления
- г) вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса
- д) лихорадка в начале заболевания

006. Для вирусного двухволнового менингоэнцефалита не характерно наличие

- а) лихорадки
- б) атрофических спинальных параличей
- в) плеоцитоза в ликворе
- г) радикулоневрита

007. Для герпетического энцефалита не характерно наличие

- а) общемозговых симптомов и нарушения сознания
- б) внутричерепной гипертензии и застоя на глазном дне
- в) судорожных приступов
- г) гемипарезов
- д) гемиатаксии

008. При вирусных энцефалитах в ликворе не наблюдается

- а) лимфоцитарный плеоцитоз
- б) увеличение содержания белка
- в) увеличение содержания глюкозы
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

009. Характерными электроэнцефалографическими признаками очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите являются

- а) диффузное снижение вольтажа волн
- б) появление d- и q-волн
- в) наличие пиков (спайков) и острых волн
- г) наличие асимметричных гигантских волн
- д) наличие сонных веретен

010. Из следующих противовирусных препаратов для лечения энцефалитов не применяется

- а) оксолин
- б) идоксуридин
- в) ацикловир
- г) аденозин-арабинозид

011. Решающее значение в диагностике менингита имеет
- а) острое начало заболевания с повышением температуры
 - б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
 - в) изменения спинномозговой жидкости
 - г) присоединение синдрома инфекционно-токсического шока
 - д) признаки застоя на глазном дне
012. Серозный менингит может быть вызван следующими бактериями
- а) гемофильной палочкой Афанасьева - Пфейффера (инфлюэнц-менингит)
 - б) пневмококком
 - в) микобактерией туберкулеза
 - г) верно а) и в)
 - д) верно б) и в)
013. Наиболее эффективным антибиотиком при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является
- а) бензилпенициллин
 - б) клиндамицин
 - в) эритромицин
 - г) гентамицин

Задачи к модулю №1.12

1. Во время эпидемии гриппа, к 48 летнему мужчине была вызвана скорая помощь. Жена сказала, 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
- 6) Предложите план лечения.
- 7) Возможные исходы заболевания?

2. 3-х летний ребенок, посещает ясли на полный день. Воспитательница заметила, что мальчик стал вялый, а затем начал плакать и беспокоиться. Измерение температуры выявило 39 С, возникла рвота. К моменту приезда скорой помощи: ребенок лежит в кроватке, сознание спутано, головка запрокинута назад, ноги подтянуты к животу. Срочно доставлен в больницу, где произведена люмбальная пункция. Анализ ликвора: давление 250 мм водного столба, цвет мутный, цитоз 1000 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы. 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) Возможные исходы заболевания?

3. 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?

4. У солдата срочной службы остро развилось лихорадочное состояние, температура 39 С, рвота, потеря сознания. Врач выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелко-точечную 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?

5. Женщина 39 лет, проживающая в Санкт-Петербурге, доставлена в больницу в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что две недели назад была с друзьями в походе, жили в палатке. При поступлении: жалуется на головную боль и выраженную слабость в руках. Объективно: сознание спутанное, высокая температура, умеренно выраженный менингеальный синдром, выявляются периферические парезы мышц шеи и верхних конечностей. Анализ ликвора: давление 350 мм водного столба, бесцветный, белок 2,0 г/л, цитоз 40 в 1 мм³ (лимфоциты)

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) Существуют ли меры первичной профилактики?
- 7) Возможные исходы заболевания?

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.20 для самостоятельной работы ординатора

1. Абсцесс головного мозга. Нейросифилис
2. Поражение центральной нервной системы при клещевом боррелиозе
3. Поражение центральной нервной системы при ВИЧ-инфекции. Ботулизм

4. Поражение нервной системы при паразитарных заболеваниях. Эпидуриты и пахименингиты головного и спинного мозга

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, задач, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1,ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.7 модуль № 1.13, 1.21 «Сосудистые заболевания нервной системы»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.13

1. Кровоснабжение головного мозга. Источники, регуляция, компенсация.
2. Бассейны кровообращения головного мозга.
3. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Субарахноидальное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
4. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Паренхиматозное и вентрикулярное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
5. Этиология, патогенез, классификация сосудистых заболеваний головного мозга.
6. Ишемический инсульт: этиология, клиника поражения бассейнов внутренней сонной, передней и средней мозговой, позвоночно-основной артерий, диагностика, лечение и профилактика.
7. Хронические нарушения мозгового кровообращения: дисциркуляторная энцефалопатия различной степени: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тестовые задания к модулю №1.13

- 001.Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является
- а)альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга
 - б)альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
 - в)альтернирующий оптикопирамидный синдром
 - г)сенсорная афазия
 - д)все перечисленное
- 002.Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отдела отличает наличие
- а)классических альтернирующих синдромов
 - б)глазодвигательных расстройств
 - в)двигательных и чувствительных нарушений
 - г)"пятнистости" поражения ствола по длиннику
 - д)вестибуломозжечковых нарушений
- 003.К симптомам, не характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится
- а)нарушение психики
 - б)преобладание пареза в руке
 - в)хватательный рефлекс
 - г)моторная афазия
 - д)апраксия левой руки

004. Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие
- а) апраксии левой руки
 - б) левосторонней гемианопсии
 - в) левосторонней гемиплегии
 - г) анозогнозии
005. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
- а) гомонимной гемианопсии
 - б) битемпоральной гемианопсии
 - в) биназальной гемианопсии
 - г) концентрического сужения полей зрения
006. Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медулярный синдром) возникает при закупорке
- а) коротких циркулярных артерий моста
 - б) длинных циркулярных артерий моста
 - в) парамедианных артерий моста
 - г) нижней передней артерии мозжечка
 - д) нижней задней артерии мозжечка
007. К структурам эфферентной нервной регуляции мозгового кровообращения не относятся рецепторы
- а) синокаротидной зоны
 - б) магистральных и мозговых сосудов
 - в) вазомоторных центров ствола
 - г) симпатических узлов на шее
 - д) гипоталамуса
008. Главной функцией миогенного механизма регуляции мозгового кровообращения является обеспечение постоянства
- а) притока крови по артериям мозга
 - б) кровотока в системе микроциркуляции
 - в) оттока по интракраниальным венам
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
009. Не участвуют в гуморальном механизме регуляции мозгового кровообращения
- а) катехоламины
 - б) пептиды
 - в) липопротеины
 - г) простагландины
010. Симпатикотоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется
- а) дистальным акроцианозом
 - б) потливостью
 - в) тахикардией
 - г) снижением температуры тела
 - д) диареей
011. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль все перечисленные факторы, кроме
- а) стеноза магистральных сосудов на шее

- б)снижения перфузионного давления
- в)снижения эластичности эритроцитов
- г)снижения активности свертывающей системы

012.Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются

- а)при узелковом периартериите Куссмауля - Мейера
- б)при неспецифическом аорто-артериите (болезни Такаясу)
- в)при височном артериите Хортона - Магата - Брауна
- г)при облитерирующем тромбангиите Винивартера - Бюргера
- д)при гранулематозном ангиите Вегенера

Задачи к модулю №1.13

1. Женщина 47 лет, работающая в регистратуре районной поликлиники, страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях. Осмотревший ее врач невролог поликлиники выявил левосторонний гемипарез, левостороннюю гемигипестезию и гемиянопсию.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 5) Тактика лечения?
- 6) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?
- 7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

2. 55ти летний мужчина страдает гипертонической болезнью. Регулярно принимает препарат из группы ингибиторов АПФ (каптоприл 25 мг в сутки). Получил телеграмму о смерти близкого родственника, и почувствовал себя плохо: появилось, головокружение, головная боль, повторная рвота. Вызвал участкового врача. При осмотре: сознание сохранено, очаговых симптомов поражения нервной системы нет. Артериальное давление 210/130 мм. рт. ст., пульс 96 ударов в минуту.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Нужна ли коррекция терапии? Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 4) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 5) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

3. Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

- 5) Основные реабилитационные мероприятия? Профилактика инвалидизации?
- 6) Возможные осложнения и исходы заболевания?

4. Больная 67 лет, страдает стенокардией напряжения, II ф.кл, 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Во время разговора по телефону начал «заплетаться» язык, выронила трубку из правой руки. При осмотре врача специализированной неврологической бригады скорой помощи: АД -140/80 мм Hg, фибрилляция предсердий 120 ударов в минуту. Неврологически: сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, парез правой руки до 3х баллов, глубокие рефлексy D>S, симптом Бабинского справа.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?

5. На станции метро, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания и определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные исходы заболевания?

6. Мужчина 54х лет, работает преподавателем в ВУЗе, вызвал скорую помощь, так как внезапно у него нарушилось зрение на правом глазу, и возникла слабость и онемение в левых конечностях. К моменту приезда скорой помощи (через 20 минут), жалобы прошли. Пациент рассказал, что это уже третий эпизод за последние полгода. При объективном осмотре: общее состояние удовлетворительное; зрение на оба глаза в норме. В неврологическом статусе: глубокие рефлексy S>=D, другой неврологической симптоматики не выявлено.

Задание:

- 1) Поставьте синдромальный диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести?
- 5) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 6) Составьте план профилактических мероприятий.
- 7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.21 для самостоятельной работы ординатора

- 1. Ишемический инсульт. Эпидемиология инсульта. Факторы риска. Патогенетические механизмы ишемического инсульта.
- 2. Синдром дисциркуляторной энцефалопатии (хроническая ишемия головного мозга).

3. Аневризмы артерий мозга (интракраниальные аневризмы)
4. Нарушение венозного кровообращения головного мозга
5. Нарушения кровообращения спинного мозга

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, задач, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1,ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.8 модуль № 1.14 ,1.22 «Вегетативные расстройства»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.14

1. Строение и функции вегетативной нервной системы. Понятие центрального и периферического поражения тазовых центров.
2. Методы исследования вегетативной нервной системы. Понятие симпатикотонии, ваготонии, эйготонии.
3. Заболевания вегетативной нервной системы: вегетативная дистония, вегетативные кризы - вагоинсулярный, симпато-адреналовый, смешанный.

Тесты к модулю № 1.14

001.Наиболее частой причиной ортостатической гипотензии является

- а)передозировка гипотензивных препаратов
- б)диабетическая полиневропатия
- в)идиопатическая ортостатическая гипотензия
- г)заболевания сердца
- д)заболевания крови
- е)ничего из перечисленного

002.Поражение вегетативных волокон характерно для следующего варианта периферической нейропатии

- а)миелинопатии
- б)нейронопатии
- в)аксонопатии
- г)Валлеровского перерождения
- д)любого из перечисленного
- д)ничего из перечисленного

003.Феномен денервационной гиперчувствительности характерен для поражения

- а)преганглионарных симпатических нейронов
- б)постганглионарных симпатических нейронов
- в)преганглионарных парасимпатических нейронов
- г)постганглионарных парасимпатических нейронов
- д)верно а) и в)
- е)верно б) и г)

004.Для выявления феномена гиперчувствительности при денервации зрачка следует закапать в глаз

- а)1% раствор адреналина
- б)0.1% раствор адреналина
- в)12.5% раствор пилокарпина
- г)1.25% раствор пилокарпина
- д)верно а) и в)

е)верно б) и г)

005.Феномен ортостатической гипотензии характеризуется снижением артериального давления в вертикальном положении

- а)систолического - на 20 мм рт. ст. и более
- б)систолического - на 30 мм рт. ст. и более
- в)диастолического - на 20 мм рт. ст. и более
- г)все перечисленное
- д)верно б) и в)

006.Для лечения ортостатической гипотензии, обусловленной периферической вегетативной недостаточностью, применяются следующие средства

- а)дексаметазон
- б)флудрокортизон
- в)симпатомиметики
- г)β-блокаторы
- д)верно а) и г)
- е)верно б) и в)

007.Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются

- а)тревожные невротические расстройства
- б)черепно-мозговая травма
- в)поражения гипоталамуса
- г)пролапс митрального клапана
- д)коллагенозы
- е)нейроинфекция

008.Периферическая вегетативная недостаточность наблюдается при следующих вариантах диабетических полинейропатий

- а)проксимальной симметричной полинейропатии
- б)проксимальной асимметричной полинейропатии
- в)дистальной полинейропатии
- г)множественной мононейропатии
- д)все перечисленное
- е)ничего из перечисленного

009.Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты

- а)β-блокаторы
- б)беллатаминал
- в)клоназепам
- г)трициклические антидепрессанты
- д)верно в) и г)
- е)все перечисленные

010.Наиболее частой причиной синдрома Горнера является

- а)поражение ствола мозга
- б)поражение спинного мозга
- в)поражение первого грудного корешка
- г)поражение шейной симпатической цепочки
- д)поражение симпатического сплетения внутренней сонной артерии
- е)травма глазного яблока

011. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями

- а) тревогой ожидания
- б) агорафобией
- в) ограничительным поведением
- г) всеми перечисленными проявлениями
- д) верно а) и в)
- е) верно а) и б)

012. Вегетативные кризы приходится дифференцировать со следующими состояниями

- а) височной эпилепсией
- б) феохромоцитомой
- в) гипогликемией
- г) нейрогенной гипервентиляцией
- д) верно а), б) и в)
- е) все перечисленное

013. Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерны

- а) значительное повышение артериального давления
- б) повышенное потоотделение
- в) выраженное чувство страха
- г) сердцебиение
- д) все перечисленное
- е) ничего из перечисленного

014. Поражение периферической (сегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами

- а) периферической вегетативной недостаточностью
- б) ангиотрофалгическими синдромами
- в) нейрогенной тетанией
- г) кластерной головной болью
- д) верно а) и б)
- е) всеми перечисленными

015. Поражение центральной (надсегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами

- а) рефлекторной симпатической дистрофией
- б) нейроэндокринно-метаболическими расстройствами
- в) психовегетативным синдромом
- г) астеноневротическим синдромом
- д) верно б) и в)
- е) всеми перечисленными

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.22 для самостоятельной работы ординатора

1. Классификация вегетативных расстройств.
2. Центральные вегетативные расстройства.
3. Периферические вегетативные расстройства.
4. Нейрогенные нарушения тазовых функций при различных уровнях поражения нервной системы.
5. Вегетативные нарушения при отдельных заболеваниях.

6. Принципы лечения вегетативных нарушений.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1,ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

Рекомендации по оцениванию рефератов (презентаций)

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Вывод:

Выполнение данного задания –написание рефератовили создание презентаций по предложенным темам позволяет оценить сформированность **части** следующих компетенций: ПК-5, ПК-6,ПК-8

2.Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине –экзамен

2.1 Список вопросов к промежуточной аттестации

1. Основные этапы развития отечественной неврологии. Выдающиеся организаторы неврологической службы России.
2. Система организации, структура и задачи неврологической службы в РФ.
3. Организация работы неотложной неврологической помощи в РФ.
4. Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность неврологической службы.
5. Диспансеризация неврологических больных.
6. Общее строение нервной системы. Характер симптомов поражения нервной системы. Определение распространенности патологии функций (терминология).
7. Нейроморфология нервной системы: виды глии и функции различных разновидностей глии. Роль глии в патологии нервной системы.
8. Регенерация в нервной системе: восстановление нервных волокон в периферической нервной системе; восстановление функций ЦНС.
9. Виды чувствительности, методы их исследования. Проводящие пути различных видов чувствительности.
10. Симптомы поражения чувствительности. Типы нарушений чувствительности при поражении проводящих путей на различных уровнях.
11. Оценка состояния моторики в неврологии, строение двигательных систем.

12. Понятие центрального и периферического паралича. Поражение двигательного пути на различных уровнях.
13. Уровни и центры спинного мозга: центр диафрагмы, цилиоспинальный центр, центры тазовых функций. Синдромы поражения.
14. Синдромы полного и половинного поражения спинного мозга на различных уровнях: верхнешейный отдел, шейное утолщение, грудной отдел.
15. Синдромы полного и половинного поражения спинного мозга на различных уровнях: поясничное утолщение, конус, конский хвост.
16. Мозжечок. Строение, связи мозжечка. Функции мозжечка. Синдромы поражения червя и полушарий мозжечка.
17. Экстрапирамидная система: ядра, пути экстрапирамидной системы. Основные функции. Синдромы поражения. Виды гиперкинезов.
18. Лимбическая система и ретикулярная формация. Функции в норме и синдромы поражения.
19. Черепные нервы: обонятельный нерв. Строение. Симптомы поражения на различных уровнях.
20. Черепные нервы: зрительный нерв. Строение. Методы исследования функции. Симптомы поражения на различных уровнях.
21. Черепные нервы: глазодвигательный нерв. Строение. Симптомы поражения. Синдром Вебера. Внутренняя, наружная и тотальная офтальмоплегия. Зрачковые реакции, их диагностическая ценность.
22. Система заднего продольного пучка. Корковый центр зрения, симптомы поражения и раздражения.
23. Черепные нервы: IV и VI пары. Строение, симптомы поражения.
24. Черепные нервы: лицевой нерв. Строение. Симптомы поражения на различных уровнях. Синдром Мийара-Гублера.
25. Черепные нервы: вестибулокохлеарный нерв. Строение. Методы исследования функции. Симптомы поражения на различных уровнях.
26. Черепные нервы: IX, X пары. Строение. Симптомы поражения на различных уровнях. Бульбарный и псевдобульбарный паралич.
27. Черепные нервы: XI-XII пары. Строение. Симптомы поражения. Синдром Джексона.
28. Строение коры головного мозга: цитоархитектоника, деление на корковые поля, 1 и 2 сигнальные системы (по И.П.Павлову). Локализация центров в коре головного мозга.
29. Функциональная асимметрия правого и левого полушарий головного мозга.
30. Синдром поражения лобной доли головного мозга.
31. Синдром поражения теменной доли головного мозга.
32. Синдром поражения височной доли головного мозга.
33. Синдром поражения затылочной доли головного мозга.
34. Синдром поражения таламуса и внутренней капсулы головного мозга.
35. Центры речи в ЦНС. Васкуляризация центров речи. Дифференциация афазий и дизартрий.
36. Высшие мозговые функции: память, мышление, сознание. Синдромы нарушения.
37. Оболочки мозга: строение и функции. Значение оболочек мозга в патологии нервной системы.
38. Церебральная ангиография. Инвазивная и неинвазивная. Принципы, методы, диагностическая информативность. Показания.
39. Электромиография. Принципы метода, диагностическая информативность. Показания.
40. Компьютерная томография, сущность метода, информативность при неврологических заболеваниях. Показания.

41. МРТ. Принципы метода. Диагностическая информативность. Показания.
42. Ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы. Принципы метода. Диагностическая информативность. Показания
43. Принципы и методы лечения заболеваний периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи
44. Принципы и методы лечения инфекционных заболеваний нервной системы
45. Принципы и методы лечения вегетативных расстройств
46. Физиологическая роль ликвора, механизмы его образования и всасывания.
47. Состав ликвора в норме.
48. Основные ликворологические синдромы. Пробы на проходимость ликворных путей.
49. Техника люмбальной пункции. Показания и противопоказания к ее проведению.
50. Строение и функции вегетативной нервной системы. Понятие центрального и периферического поражения тазовых центров.
51. Методы исследования вегетативной нервной системы. Понятие симпатикотонии, ваготонии, эйготонии.
52. Кровоснабжение головного мозга. Источники, регуляция, компенсация.
53. Бассейны кровообращения головного мозга.
54. Нейроинфекции. Энцефалиты: классификация, этиология, патоморфология. Синдром “энцефалита”.
55. Клещевой энцефалит, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
56. Клещевой боррелиоз: этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
57. Вторичные постинфекционные энцефалиты: клиника, диагностика, лечение.
58. Менингиты: этиология, классификация, патоморфология. Синдром “менингита”.
59. Гнойные менингиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
60. Туберкулезный менингит: патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
61. Гнойные инфекции ЦНС: абсцесс головного мозга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.
62. Гнойные инфекции ЦНС: острый эпидуральный спинальный абсцесс: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.
63. Диабетическая и алкогольная полинейропатии: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
64. Клиника, диагностика, лечение острой демиелинизирующей полинейропатии Гийена-Барре.
65. Нейропатии периферических нервов: срединного, локтевого, лучевого, малоберцового, большеберцового: этиология, клиника, диагностика, лечение.
66. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Субарахноидальное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
67. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Паренхиматозное и вентрикулярное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
68. Этиология, патогенез, классификация сосудистых заболеваний головного мозга.
69. Ишемический инсульт: этиология, клиника поражения бассейнов внутренней сонной, передней и средней мозговой, позвоночно-основной артерий, диагностика, лечение и профилактика.
70. Хронические нарушения мозгового кровообращения: дисциркуляторная энцефалопатия различной степени: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
71. Заболевания периферической нервной системы: невралгия тройничного нерва: клиника, диагностика, лечение.

72. Невропатия лицевого нерва: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
73. Заболевания вегетативной нервной системы: вегетативная дистония, вегетативные кризы - ваго-инсулярный, симпато-адреналовый, смешанный.
74. Мигрень: этиология, патогенез, клиника, лечение.
75. Классификация психогенных заболеваний нервной системы. Неврастения - понятие, предпосылки, клиника, лечение.
76. Невроз навязчивых состояний и истерия: предпосылки формирования, клиника, диагностика, лечение.
77. Лечение вегетативных кризов: препараты, дозы, способы введения.

Вывод: устный опрос по данному разделу позволяет оценить сформированность части следующей компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8

2.2 Список тестовых заданий

1. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы
 - а) верхней прямой
 - б) наружной прямой
 - в) нижней прямой
 - г) нижней косой
 - д) верхней косой
2. Мидриаз возникает при поражении
 - а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 - г) среднего непарного ядра
 - д) ядра медиального продольного пучка
3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T₁₀ дерматомы, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
 - а) T₆ или T₇
 - б) T₈ или T₉
 - в) T₉ или T₁₀
 - г) T₁₀ или T₁₁
 - д) T₁₁ или T₁₂
4. При центральном параличе наблюдается
 - а) атрофия мышц
 - б) повышение сухожильных рефлексов
 - в) нарушение чувствительности по полиневритическому типу
 - г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
 - д) фибриллярные подергивания
5. Хореический гиперкинез возникает при поражении
 - а) палеостриатума
 - б) неостриатума
 - в) медиального бледного шара
 - г) латерального бледного шара
 - д) мозжечка
6. Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
 - а) латерально

- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально
- д) вентролатерально

7. Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается

- а) сдавлением шейных вен
- б) давлением на переднюю брюшную стенку
- в) наклоном головы вперед
- г) разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах
- д) надавливанием на глазные яблоки

8. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы

- а) на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
- б) на короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу
- в) на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
- г) на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения
- д) на боли в одной половине лица, сопровождающиеся головокружением

9. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах

- а) 80-110 ммоль/л
- б) 40-60 ммоль/л
- в) 203-260 ммоль/л
- г) 120-130 ммоль/л
- д) 150 -200 ммоль/л

10. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении

- а) на менингококковый менингит
- б) на герпетический менингоэнцефалит
- в) на грибковый менингит
- г) на менингит, вызванный синегнойной палочкой
- д) на пневмококковый менингит

11. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком

- а) ретробульбарной опухоли орбиты
- б) тромбоза глазничной артерии
- в) каротидно-кавернозного соустья
- г) супраселлярной опухоли гипофиза
- д) арахноидэндотелиомы крыла основной кости

12. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует

- а) сильно наклонить голову больного вперед
- б) сдавить яремные вены
- в) надавить на переднюю брюшную стенку
- г) наклонить голову больного назад
- д) любой маневр удовлетворяет условиям данной пробы

13. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять

- а) гидрокортизон
- б) преднизолон
- в) дексаметазон
- г) кортизон
- д) лазикс

14. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение
- а) адреналина
 - б) норадреналина
 - в) мезатона
 - г) дофамина
 - д) сульфокамфокаин
15. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются
- а) ингибиторы МАО
 - б) трициклические антидепрессанты
 - в) нейролептики
 - г) барбитураты
 - д) все перечисленные препараты
16. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют
- а) диазепам
 - б) аминазин
 - в) пропазин
 - г) гексенал
 - д) любой из перечисленных препаратов
17. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает
- а) цефалексин
 - б) клиндамицин
 - в) рифампицин
 - г) цефтриаксон
 - д) эритромицин
18. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять
- а) маннитол
 - б) реополиглюкин
 - в) полиглюкин
 - г) альбумин
 - д) 5% раствор глюкозы
19. В основу классификации полиневропатий положен следующий принцип
- а) этиология заболевания
 - б) особенность течения заболевания
 - в) особенность клинической картины
 - г) морфологический субстрат поражения
 - д) морфологический субстрат поражения и клиническая картина
20. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полиневропатии, является
- а) инфекционный
 - б) токсический
 - в) сосудистый
 - г) метаболический
 - д) компрессионный
21. Для дифтерийной полиневропатии характерно наличие
- а) нижнего спастического парализа
 - б) мозжечковой атаксии
 - в) диссоциированных расстройств чувствительности

- г) расстройств глубокой чувствительности
- д) псевдобульбарного синдрома

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

- а) боль в области голени
- б) припухлость в области наружной лодыжки
- в) парезы сгибателей пальцев стопы
- г) гипотрофия перонеальной группы мышц
- д) сенситивная атаксия

23. Инфекционный полиневрит вызывают возбудители:

- а) дифтерии
- б) ботулизма
- в) проказы
- г) столбняка
- д) бешенства

24. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

- а) Коксаки
- б) простого герпеса
- в) кори
- г) паротита
- д) аденовирусы

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

- а) стафилококкового менингита
- б) пневмококкового менингита
- в) менингита, вызванного вирусом Коксаки
- г) менингококкового менингита
- д) лимфоцитарного хориоменингита

26. К редким синдромам энцефалита Экономо относят

- а) глазодвигательные расстройства
- б) патологические стопные знаки
- в) нарушения сна
- г) вегетативные расстройства
- д) поражение лицевых нервов

27. Острый клещевой энцефалит характеризуется

- а) пиком заболеваемости в осенне-зимний период
- б) отсутствием менингального синдрома
- в) снижением внутричерепного давления
- г) вялыми парезами и параличами мышц плечевого пояса
- д) нейтрофильным цитозом в ликворе

28. Общесоматические проявления СПИДа включают

- а) длительную лихорадку и ночной пот
- б) диарею
- в) генерализованную лимфаденопатию
- г) потерю массы тела
- д) все перечисленное

29. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

- а) гомонимной гемианопсии
- б) битемпоральной гемианопсии
- в) биназальной гемианопсии
- г) концентрического сужения полей зрения
- д) отека дисков зрительных нервов

30. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы

- а) пролапс митрального клапана
- б) повышение фибринолитической активности крови
- в) снижения активности свертывающей системы
- г) стеноз магистральных сосудов на шее
- д) все перечисленное

31. Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга обычно появляются

- а) в утренние часы
- б) в вечерние часы
- в) после физической нагрузки
- г) после эмоционального стресса
- д) при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга

32. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение

- а) 1 суток
- б) 1 недели
- в) 2 недель
- г) 3 недель
- д) 1 месяца

33. Диагноз инсульта с обратимой неврологической симптоматикой устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее

- а) 1 недели
- б) 3 недель
- в) 1 месяца
- г) 3 месяцев
- д) 6 месяцев

34. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются тревожные невротические расстройства

- б) черепно-мозговая травма
- в) поражения гипоталамуса
- г) пролапс митрального клапана
- д) коллагенозы
- е) нейроинфекция

35. Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты

- а) б-блокаторы
- б) беллатаминал
- в) клоназепам
- г) нейролептики
- д) ноотропы

36. Наиболее частой причиной синдрома Горнера является

- а) поражение ствола мозга
- б) поражение спинного мозга
- в) поражение первого грудного корешка
- г) поражение шейной симпатической цепочки
- д) поражение симпатического сплетения внутренней сонной артерии
- е) травма глазного яблока

37. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями

- а) тревогой ожидания
- б) агорафобией
- в) ограничительным поведением
- г) агорафобией и ограничительным поведением
- д) всеми перечисленными проявлениями

38. Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерны

- а) значительное повышение артериального давления
- б) повышенное потоотделение
- в) выраженное чувство страха
- г) сердцебиение
- д) все перечисленное

Рекомендации по оцениванию результатов тестирования ординатора

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

Вывод:

Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность следующих части компетенций: ПК-5, ПК-6, ПК-8

2.3 Список задач

ЗАДАЧА 1

Больной 45 лет, жалуется на постоянную головную боль в затылочной области и двоение в глазах. В течение последних двух месяцев у него периодически отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр с ознобом и потливостью по ночам.

Неврологически: сознание ясное. Выраженная ригидность мышц шеи, двусторонний положительный симптом Кернига, слабopоложительные симптомы Брудзинского. В позе Ромберга неустойчив с отклонением вправо. Ограничение движений правого глазного яблока кнаружи, снижение роговичного рефлекса справа. Слабость мышц левой носогубной складки. Снижение слуха на левое ухо. Чувствительных, двигательных и рефлекторных расстройств на туловище и конечностях не определяется.

Люмбальная пункция: ликворное давление 300 мм вод. ст., ликвор мутноватый, слегка опалесцирующий. Белок 0,644 г/л, цитоз 847 лимфоцитов, 13 нейтрофилов; сахар 1,74 ммоль/л, хлориды 69 ммоль/л. При стоянии в течение 10 минут на поверхности ликвора образовалась фибриновая сетка.

Под влиянием лечения состояние больного улучшилось: отмечено уменьшение интенсивности головной боли, регрессировала симптоматика со стороны черепных нервов.

Контрольные вопросы:

1. Оцените показания ликвора.
2. Ваш предположительный диагноз
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести
4. Лечебная тактика ведения больного в остром и отдаленном периоде.

ЗАДАЧА 2

Больная, 40 лет, поступила в неврологическое отделение в тяжелом состоянии. Больная сонлива, при раздражении открывает глаза, но речевой контакт отсутствует. На внешние раздражители (свет, звуки, осмотр врача) отвечает гримасой боли, закрыванием глаз, отдергиванием конечностей.

Из анамнеза болезни (при расспросе родственников) установлено, что в течение 10 лет больную беспокоили приступы головных болей в одной половине головы, начинающиеся постепенно со зрительных ощущений мелькания точек, вспышек света перед глазами. Приступ сопровождался тошнотой, рвотой, головокружением и длился от нескольких часов до 2-3 суток. Во время приступа появлялось обостренное обоняние, все раздражало. Иногда в этот период появлялось онемение и слабость в левой руке; речь становилась нечеткой, прерывистой; больная уединялась и старалась уснуть. Цефалгии уменьшались или проходили при раннем приеме (в самом начале приступа) крепкого горячего чая, цитрамона (1-2 таблетки), после сна.

Последний приступ принял необычно тяжелый, затяжной характер (3 суток), сопровождался многократной рвотой, не приносящей облегчение. Возникло стойкое онемение и слабость в левой руке, дизартрия. Больная стала сонливой, заторможенной, мало контактной.

При осмотре: состояние тяжелое; в речевой контакт не вступает, лицо бледное. АД – 135/85 мм.рт.ст., пульс 82 уд. в 1 мин. Легко выражена ригидность мышц затылка и симптом Кернига. Мелкоразмашистый нистагм в обе стороны. Легко сглажена левая носогубная складка. Сухожильные рефлексы оживлены, с четким акцентом слева. Патологические рефлексы Бабинского, Россолимо слева.

Вопросы:

1. Определить патогенетический вариант цефалгий.
2. Поставить предварительный диагноз. Определить уровень сознания больной.
3. В чем причина утяжеления состояния больной во время приступа?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечение и профилактика пароксизмов головной боли и описанного состояния больной.

ЗАДАЧА 3

Больной, 18 лет, доставлен в приемный покой районной больницы. С его слов во время купания в реке нырнул на мелководье, ударился головой о дно. Сознание не терял. Самостоятельно выбраться на поверхность воды не смог из-за слабости в конечностях; доставлен в больницу товарищами.

Объективно: состояние больного тяжелое. Уровень сознания- умеренное оглушение. Одышка до 30 дыхательных движений в минуту; грудная клетка не совершает дыхательных экскурсий. Артериальное давление- 90/50 мм рт. ст.; отмечается тахикардия 90-100 ударов в минуту. Острая задержка мочи.

Неврологически: менингеальные симптомы не определяются. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Двусторонние боли в зоне иннервации С7-С8 сегментов. Анестезия всех видов чувствительности по проводниковому типу ниже уровня С 8- сегмента. Вялый парез в руках, выраженный преимущественно в кистях, вялая плегия в ногах. Мышечный тонус в руках снижен; в ногах- атония. Рефлексы с рук снижены, D=S; с ног рефлексы не вызываются.

Проведено обследование: на обзорной краниографии- без патологии. Обзорная спондилография шейного отдела позвоночника не выявила костно-деструктивных изменений на протяжении пяти верхних шейных позвонков; ниже лежащие отделы не визуализируются из-за наложения плечевых суставов.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Ваша трактовка результатов МР-томографии.
3. Тактика лечения.
4. Ваш прогноз относительно характера изменения мышечного тонуса и рефлексов у данного больного через несколько недель лечения.

ЗАДАЧА 4

Больная С., 55 лет. Утром после пробуждения обнаружена слабость в правых конечностях, онемение правой половины тела. Слабость постепенно нарастала, присоединились речевые расстройства. Больная машиной «Скорой помощи» доставлена в стационар.

Из анамнеза выяснено, что у больной ишемическая болезнь сердца, стенокардия. 6 месяцев назад у пациентки отмечалась преходящая слабость в правых конечностях, которая быстро прошла самостоятельно.

При осмотре: больная в сознании, на вопросы не отвечает, произносит отдельные нечленораздельные слоги. Инструкции выполняет. АД 140/90 мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Неврологически: зрачки симметричные, фотореакция сохранена. Сглаженность правой носогубной складки. Девиация языка влево. Отсутствуют активные движения в правых конечностях, наблюдается спастическое повышение тонуса в руке и ноге справа. Сухожильные рефлексы выше справа. Патологические стопные знаки Бабинского, Россоломо справа. Правосторонняя гемипарезия. Менингеальных симптомов нет.

На глазном дне неравномерное сужение и извитость артерий, вены полнокровны, диски зрительных нервов розовые, контуры их четкие; при периметрии – правосторонняя гомонимная гемианопсия.

Контрольные вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза.
3. Ваше лечение.

ЗАДАЧА 5

Больной Б., 42 лет, при поступлении в неврологическую клинику предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли и снижение чувствительности в правой руке и на правой половине грудной клетки, слабость и похудание правой кисти.

Из анамнеза болезни известно, что болевые ощущения и нарушение чувствительности появились постепенно уже в течение 15 лет, без видимой причины. Наблюдался и лечился неоднократно с диагнозом: шейно-грудной остеохондроз, но заболевание постепенно прогрессировало в виде появления слабости и похудания руки.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Сложен непропорционально, форма черепа башенная, высокое небо, кифосколиоз грудного отдела позвоночника. Множественные послеожоговые рубцы в области правого плеча. ЧМН без патологии. Определяется снижение болевой и температурной чувствительности в области правого уха, угла нижней челюсти справа, правого плечевого пояса, грудной клетки справа до уровня реберного края и правой руки. Отмечается грубая деформация, увеличение размеров и ограничение движений в правом плечевом суставе. Кожа в правой половине грудной клетки и руке цианотична, кисть слегка отечна, деформирована по типу «обезьяньей лапы». Атрофия мышц плечевого пояса, правой лопатки. Сухожильные рефлексы с левой руки снижены, мышечный тонус низкий. Сила правой кисти снижена до 3 баллов. Сухожильные рефлексы с нижних конечностей оживлены, тонус и сила в ногах в норме, выявляются непостоянные патологические знаки Бабинского и Россоломо.

Общие анализы крови и мочи без патологии.

Контрольные вопросы:

1. Ваш диагноз? Основные критерии диагностики данного заболевания?

2. Дополнительные методы обследования, необходимые для подтверждения диагноза?
3. Лечение данного больного.

ЗАДАЧА 6

Больной 30 лет. При поступлении в стационар предъявляет жалобы на подъем температуры тела до 39°C, озноб, головную боль, ломящие боли в области поясницы, икроножных мышцах. Указанные симптоматика развилась через 2 недели после работ по расчистке лесополосы.

На фоне антибактериальной терапии температура тела снизилась, но через 5 дней вновь поднялась до 40°C, появились менингеальные симптомы. Кроме этого, возникла слабость в мышцах шеи, верхнего плечевого пояса, охриплость голоса, поперхивание при еде.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, температура тела 37°C, умеренное оглушение, умеренно выражены симптомы Кернига и ригидность мышц затылка. Выявляется отклонение языка влево, парез мягкого неба слева, снижение тонуса и силы мышц шеи и верхнего плечевого пояса. Симптом «отвислой головы». Сухожильные рефлексы с рук угнетены, с ног – равные, живые.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, давление лежа 220 мм. вод. ст. Белок 0,89 г/л, цитоз 240 клеток в 1 мм³ (лимфоциты). Сахар ликвора 2,8 ммоль/л; хлориды- 108 ммоль/л.

Контрольные вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Лечение данного больного.
4. Профилактика данного заболевания.

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные

	утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Вывод:

Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность следующих частей компетенций: ПК-5, ПК-6, ПК-8

II семестр

1. Этап: проведение текущей аттестации:

1.1. модуль № 1.24, 1.29 1.34 «Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.29

1. Демиелинизирующие заболевания нервной системы: этиология, патогенез, патоморфология.
2. Болезнь Рейно: этиология, клиника, лечение.
3. Наследственные заболевания нервной системы: прогрессирующие мышечные дистрофии Эрба-Рота, Дюшенна, Ландузи-Дежерина типы наследования, клиника, диагностика, лечение.
4. Наследственные заболевания нервной системы: амиотрофия Верднига-Гоффмана. Тип наследования, клиника, диагностика, лечение.
5. Наследственные заболевания нервной системы: амиотрофии Шарко-Мари, Кугельберга-Веландер: типы наследования, клиника, диагностика, лечение.
6. Наследственные заболевания нервной системы: атаксии Фридрейха и Пьера-Мари: типы наследования, клиника, диагностика, лечение.
7. Наследственные заболевания нервной системы: параплегия Штрюмпеля: тип наследования, клиника, диагностика, лечение.
8. Эпилепсия: этиология, патогенез. Понятие эпилептической реакции, эпилептического синдрома, эпилепсии.
9. Классификация эпилептических припадков, их характеристика.
10. Основные проявления эпилепсии, ее течение, диагностика, лечение.

Тестовые задания к модулю № 1.29

1. Прогессирующие мышечные дистрофии обусловлены поражением
 - а) цереброспинальных пирамидных путей
 - б) мотонейронов передних рогов спинного мозга
 - в) периферического двигательного нейрона

- г)верно б) и в)
- д)всего перечисленного
- е)ничего из перечисленного

2.Спинальная амиотрофия Верднига - Гоффмана наследуется

- а)по аутосомно-доминантному типу
- б)по аутосомно-рецессивному типу
- в)по рецессивному типу, связанному с полом (X-хромосома)
- г)по доминантному типу, связанному с полом
- д)верно а) и г)

3.Изменение контура ног по типу "опрокинутой бутылки" обусловлено изменением массы мышц

- а)при амиотрофии Шарко - Мари - Тута
- б)при гипертрофической невропатии Дежерина - Сотта
- в)при мышечной дистрофии Эрба
- г)при мышечной дистрофии Беккера - Киннера
- д)при амиотрофии Кугельберга - Веландера

4.Амиотрофия Шарко - Мари - Тута обусловлена первичным поражением

- а)передних рогов спинного мозга
- б)периферических двигательных нервов
- в)мышц дистальных отделов конечностей
- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

5.Тип наследования при амиотрофии Шарко - Мари - Тута характеризуется как

- а)аутосомно-доминантный
- б)аутосомно-рецессивный
- в)сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г)верно а) и б)
- д)ничего из перечисленного

6.Прогрессирующая мышечная дистрофия формы Ландузи - Дежерина наследуется

- а)по аутосомно-доминантному типу
- б)по аутосомно-рецессивному типу
- в)по рецессивному типу, сцепленному с полом (через X-хромосому)
- г)по всему перечисленному

7.Псевдогипертрофии наблюдают при следующих формах прогрессирующей мышечной дистрофии

- а)тип Дюшена
- б)тип Беккера - Киннера
- в)тип Ландузи - Дежерина
- г)верно а) и б)
- д)верно а) и в)
- е)все перечисленное

8.Тип наследования при миопатии Томсена характеризуется как

- а)аутосомно-доминантный
- б)аутосомно-рецессивный
- в)сцепленный с полом (через X-хромосому)

- г)верно а) и б)
- д)ничего из перечисленного

9.При атрофической миотонии преобладает слабость мышц

- а)головы и шеи
- б)проксимальных отделов конечностей
- в)дистальных отделов конечностей
- г)верно а) и б)

- а)рецессивный тип наследования
- б)доминантный тип наследования
- в)сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г)все перечисленное

10.Среди спиноцеребеллярных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием

- а)деформации стопы
- б)дизрафическим статусом
- в)поражением мышцы сердца
- г)снижением или выпадением рефлексов
- д)верно а) и г)
- е)всего перечисленного

11.Мозжечковая атаксия Пьера - Мари отличается от атаксии Фридрейха

- а)наличием пирамидных патологических симптомов
- б)наличием глазодвигательных нарушений
- в)нарушением походки
- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

12.Для семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпеля) характерно преобладающее поражение следующих спинальных анатомических структур

- а)пирамидных путей
- б)мозжечковых путей
- в)клеток передних рогов
- г)задних канатиков спинного мозга
- д)верно а) и в)

13.Характерной чертой нижнего парапареза при болезни Штрюмпеля является

- а)преобладание слабости над спастичностью
- б)преобладание спастичности над слабостью
- в)преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными
- г)сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц
- д)сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией

14.Тип наследственности при спастической семейной параплегии (болезни Штрюмпеля) характеризуется как

- а)аутосомно-доминантный
- б)аутосомно-рецессивный
- в)рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г)все перечисленное
- д)верно а) и б)

15. При частых припадках первично генерализованной эпилепсии в начале лечения следует назначить
- а) максимальную дозу одного выбранного препарата и снижать ее постепенно
 - б) минимальную дозу выбранного препарата и повышать ее постепенно
 - в) сочетание минимальных доз двух или трех основных противоэпилептических средств
 - г) сочетание средней терапевтической дозы одного основного препарата и одного из дополнительных средств
16. Повышение активности микросомальных ферментов печени, ускоряющих метаболизм противоэпилептических средств, вызывают
- а) пропранолол
 - б) преднизолон
 - в) празозин
 - г) парлодел
17. Чтобы избежать передозировки противоэпилептических средств, суточная доза в граммах в пересчете на единицу фенobarбитала (фенобарбиталовый коэффициент) не должна превышать
- а) 0.1
 - б) 0.2
 - в) 0.3
 - г) 0.4
 - д) 0.5
18. При возникновении приступов первично-генерализованной эпилепсии в дневные часы для лечения целесообразно добавлять по утрам
- а) нейролептики
 - б) транквилизаторы
 - в) антидепрессанты
 - г) психостимуляторы
 - д) ГАМК-ергические средства
19. При возникновении приступов эпилепсии во время сна средством первой очереди является
- а) карбамазепин
 - б) гексамидин
 - в) вальпроевая кислота
 - г) фенобарбитал
20. Для повышения эффективности лечения эпилепсии сна в дополнение к противоэпилептическим средствам в вечерние часы назначают одно из следующих средств дополнительной группы
- а) клофелин
 - б) анаприлин
 - в) L-допа
 - г) метилдофа
21. При длительном лечении чувствительность к противоэпилептическим средствам
- а) остается неизменной
 - б) повышается
 - в) понижается

22. Тяжелую анемию при длительном лечении эпилепсии высокими дозами вызывают
- а) вальпроат натрия
 - б) диазепам
 - в) фенobarбитал
 - г) дифенин
23. Нарушение функции щитовидной железы наблюдают при длительном лечении эпилепсии следующими препаратами, за исключением
- а) карбамазепина
 - б) вальпроата натрия
 - в) фенитоина
 - г) этосуксимида
24. К бессудорожным формам эпилептического статуса относят все следующие пароксизмальные проявления, за исключением эпилептического
- а) психомоторного возбуждения
 - б) "пиквального ступора"
 - в) состояния спутанности
 - г) сумеречного состояния
25. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является
- а) бережная иммобилизация головы
 - б) иммобилизация конечностей
 - в) введение воздуховода в ротоглотку
 - г) дача ингаляционного наркоза с закисью азота
26. Средством первой очереди в фармакотерапии эпилептического статуса на месте приступа и при транспортировке является введение в вену
- а) маннитола
 - б) диазепама
 - в) тиопентала натрия
 - г) гексенала
27. В случае острого эпилептического психоза средством первой очереди являются
- а) седативные
 - б) транквилизаторы
 - в) нейролептики
 - г) антидепрессанты
28. Прекратить лечение противоэпилептическими средствами можно в случае, если припадков не было по меньшей мере
- а) 1-2 года
 - б) 1 год
 - в) 1.5 года
 - г) 2 года
 - д) 3 года
29. Основным нейрофизиологическим механизмом патогенеза эпилепсии является формирование очага
- а) стимуляции активирующей восходящей системы
 - б) сниженного порога возбудимости в коре

- в) генерации гиперсинхронных разрядов
- г) недостаточной активности в антиэпилептических подкорковых структурах
- д) все перечисленное

30. Анатомическими структурами, через которые реализуется распространение патологической электрической активности при генерализации эпилептического приступа, являются

- а) ретикулярная формация межучного мозга
- б) ретикулярная формация среднего мозга
- в) комиссуральные нейрональные системы мозолистого тела
- г) все перечисленные
- д) верно а) и в)

31. Важнейшим нейрофизиологическим свойством эпилептического очага является способность

- а) генерировать гиперсинхронный разряд электрической активности
- б) навязывать ритм своей активности другим отделам мозга
- в) путем генерализации гиперсинхронных импульсов генерировать вторичные и третичные очаги
- г) все перечисленное
- д) верно а) и в)

32. Для выявления нарушений электрической активности мозга при эпилепсии применяют

- а) классическую электроэнцефалографию
- б) компрессионно-спектральный метод регистрации ЭЭГ (с преобразованием по Берг - Фурье)
- в) исследование зрительных вызванных потенциалов
- г) исследование слуховых вызванных потенциалов
- д) все перечисленное
- е) верно а) и б)

33. При достижении стойкого клинического эффекта в лечении эпилепсии постепенную отмену противоэпилептического препарата следует проводить в течение

- а) 1 месяца
- б) 3 месяцев
- в) 6 месяцев
- г) 1 года
- д) 3 лет

34. К структурам мозга, поддерживающим и активирующим эпилептическую активность, относятся

- а) нейрональные системы лимбико-ретикулярного комплекса
- б) ассоциативные волокна разных отделов коры
- в) межполушарные комиссуральные нейрональные системы
- г) все перечисленные
- д) верно б) и в)

35. Структурами мозга, угнетающими проявления эпилептической активности при эпилепсии, являются

- а) хвостатое ядро
- б) латеральное ядро гипоталамуса
- в) каудальное ретикулярное ядро моста

- г)мозжечок
- д)все перечисленные
- е)верно б) и в)

36.Припадок эпилепсии называют генерализованным, если он проявляется

- а)клоническими судорогами во всех конечностях
- б)тоническими судорогами во всех конечностях
- в)генерализованными сенсорными эквивалентами
- г)нарушением сознания

37.Проявлению эпилептической активности на ЭЭГ способствуют

- а)ритмическая фотостимуляция
- б)гипервентиляция
- в)депривация (лишение) сна
- г)сонная активация
- д)все перечисленное
- е)верно а) и б)

38.Дисбаланс нейромедиаторных систем головного мозга при эпилепсии включает снижение активности

- а)катехоламинергических систем
- б)серотонинергических систем
- в)ГАМК-ергических систем
- г)всего перечисленного
- д)верно а) и в)

39.Развитию эпилептического припадка способствует

- а)ацидоз
- б)алкалоз
- в)гиперкапния
- г)ни один из этих факторов

40.Во время приступа генерализованной эпилепсии изменения со стороны зрачков характеризуются

- а)анизокорией
- б)сужением
- в)расширением
- г)ничем из перечисленного

41.Припадки эпилепсии чаще возникают ночью (эпилепсия сна) при локализации эпилептического очага

- а)в правой лобной доле
- б)в левой лобной доле
- в)в правой височной доле
- г)в левой височной доле
- д)одинаково часто при любой локализации

42.Сложные парциальные припадки эпилепсии отличаются от простых

- а)сочетанием моторной и сенсорной симптоматики
- б)сочетанием вегетативной и сенсорной симптоматики
- в)нарушением осознания происходящего
- г)всем перечисленным

д) верно а) и б)

43. Абсолютным электроэнцефалографическим признаком эпилепсии является наличие пароксизмальных

- а) ритмических феноменов в альфа- и бета-диапазонах
- б) ритмических феноменов в тета-диапазоне
- в) ритмических феноменов в дельта-диапазоне
- г) комплекса пик - волна

44. Рефлекторными называют такие из вызванных эпилептических припадков, которые провоцируются

- а) эмоциональным стрессом
- б) приемом алкоголя
- в) лихорадкой с повышением температуры
- г) первичными сенсорными импульсами

45. Решающим диагностическим признаком эпилептического сложного абсанса является

- а) возникновение множественных миоклоний
- б) развитие фокальной или генерализованной атонии мышц
- в) кратковременная утрата сознания
- г) симметричный тонический спазм мускулатуры конечностей

Задачи к модулю №1.29

1. 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?

2. 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 лобноносовых 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?

3. 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 мыш-

цы 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 16ти 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?

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.34 для самостоятельной работы ординатора

1. Наследственные заболевания нервной системы: амиотрофии Шарко-Мари, Кугельберга-Веландер: типы наследования, клиника, диагностика, лечение.
 2. Наследственные заболевания нервной системы: атаксии Фридрейха и Пьера-Мари: типы наследования, клиника, диагностика, лечение.
 3. Наследственные заболевания нервной системы: параплегия Штрюмпеля: тип наследования, клиника, диагностика, лечение.
- Болезнь Вильсона-Коновалова: тип наследования, клинические формы, клиника, диагностика, лечение.
4. Миотония Томсена: Тип наследования, клиника, диагностика, лечение.
 5. Хорея Гентингтона: тип наследования, клиника, диагностика, лечение.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, задач, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1,ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.2 модуль № 1.25, 1.30, 1.35 «Травмы нервной системы»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.30

1. Биомеханика и классификация черепно-мозговой травмы.
2. Клиника, диагностика и лечение сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени тяжести.
3. Клиника, диагностика и лечение ушиба головного мозга средней степени тяжести.
4. Оценка уровня сознания у неврологических и нейрохирургических больных.
5. Клиника, диагностика и лечение тяжелого ушиба головного мозга.
6. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга острой внутримозговой гематомой.
7. Клиническая картина, диагностика и лечение диффузного аксонального повреждения.
8. Биомеханика и патогенез неврологических расстройств при позвоночно-спинальной травме. Классификация повреждений позвоночника и спинного мозга.

9. Клиника, диагностика и лечение сотрясения, ушиба спинного мозга, травматической гематомии и повреждения корешков конского хвоста.
10. Клиника, диагностика и дифференцированное лечение сдавления спинного мозга. Недифференцированное медикаментозное лечение позвоночно-спинальной травмы. Лечение тазовых расстройств и пролежней.
11. Патогенетические стадии остеохондроза позвоночника. Клиника, диагностика и лечение рефлекторных синдромов шейного остеохондроза (цервикаго, синдром позвоночной артерии).
12. Клиника, диагностика и лечение компрессионных радикулярных синдромов шейного остеохондроза.
13. Патогенез, клиническая картина, диагностические приемы и лечение шейной спондилогенной миелопатии.
14. Поясничный остеохондроз. Лечение синдрома компрессионной радикуломиелопатии.

Тестовые задания к модулю № 1.30

001. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют
- а) ушиб головного мозга легкой степени тяжести
 - б) сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы
 - в) сотрясение головного мозга тяжелой степени
 - г) сдавление головного мозга на фоне его ушиба
002. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется
- а) длительным коматозным состоянием с момента травмы
 - б) развитием комы после "светлого" периода
 - в) отсутствием потери сознания
 - г) кратковременной потерей сознания
003. К открытой черепно-мозговой травме относится травма
- а) с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
 - б) с повреждением апоневроза
 - в) с переломом костей свода черепа
 - г) с переломом костей основания черепа без ликвореи
004. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме
- а) легкой открытой
 - б) легкой закрытой
 - в) открытой средней тяжести
 - г) закрытой средней тяжести
005. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль
- а) распирающего характера
 - б) распирающего характера в затылочной части
 - в) пульсирующего характера по всей голове
 - г) сдавливающего характера в лобно-теменной области
006. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует
- а) о внутричерепной гематоме

- б)об ушибе мозга
- в)о переломе костей черепа
- г)о всем перечисленном
- д)верно а) и б)

007.Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по глубине и продолжительности

- а)амнезии
- б)расстройства жизненно важных функций
- в)гемипареза
- г)всего перечисленного
- д)верно а) и б)

008.Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются

- а)расширение зрачка на стороне гематомы
- б)расширение зрачка на противоположной стороне
- в)гемипарез на стороне гематомы
- г)гемипарез на противоположной стороне
- д)верно а) и г)
- е)верно б) и в)

009.Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

- а)при компьютерной томографии
- б)при ангиографии
- в)при эхоэнцефалографии
- г)при всем перечисленном
- д)верно а) и в)

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

- а)сотрясение мозга
- б)субарахноидальное кровоизлияние
- в)ушиб мозга
- г)внутричерепная гематома

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

- а)плавающего взора
- б)горметонического синдрома
- в)гиперкатаболического типа вегетативных функций
- г)нарушения сознания
- д)двусторонних пирамидных стопных знаков

012.Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены

- а)при люмбальной пункции
- б)при ангиографии
- в)при компьютерной томографии
- г)при всех перечисленных методах
- д)верно а) и в)

013.Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной

- а)гомогенного повышения плотности
- б)гомогенного понижения плотности
- в)неоднородного повышения плотности
- г)отека мозга

014.Электроэнцефалографическими признаками поверхностно расположенной супратенториальной опухоли является регистрация

- а)тета-волн в отведении с ограниченного участка
- б)дельта-волн во всех полушарных отведениях
- в)тета-волн в симметричных участках обоих полушарий
- г)верно а) и б)
- д)достоверных признаков не существует

015.Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено

- а)асимметричной гидроцефалией
- б)сдавлением коры моторной области
- в)ущемлением ствола в затылочном отверстии
- г)сдавлением ножки мозга
- д)верно а) и б)

016.Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуются

- а)"пальцевыми вдавлениями"
- б)усиленным сосудистым рисунком
- в)увеличением глубины турецкого седла
- г)остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца
- д)ни одним из перечисленных признаков

17.Для сочетанного травматического повреждения нервного ствола и сосудов, питающих нерв, характерно

- а)отечность дистальных отделов конечности
- б)гиперемия дистальных отделов конечности
- в)понижение кожной температуры конечности
- г)все перечисленное
- д)верно а) и б)

18.Каузалгический болевой синдром наиболее часто встречается при ушибе

- а)срединного нерва
- б)локтевого нерва
- в)большеберцового нерва
- г)малоберцового нерва
- д)верно а) и б)
- е)верно а) и в)

19.При травматическом параличе Дюшенна - Эрба страдает функция мышц

- а)дельтовидной и трехглавой плеча
- б)двуглавой и внутренней плечевой
- в)сгибателей кисти
- г)все перечисленное
- д)верно а) и б)
- е)верно б) и в)

20. При травматическом параличе Дежерина - Клюбке нарушается чувствительность
- а) на наружной поверхности предплечья
 - б) на внутренней поверхности кисти
 - в) на внутренней поверхности плеча
 - г) на наружной поверхности кисти
 - д) верно а) и г)
 - е) верно б) и в)
21. Скорость регенерации поврежденного аксона при травматическом разрыве нерва составляет
- а) 0.1 мм в сутки
 - б) 1 мм в сутки
 - в) 10 мм в сутки
 - г) 1 мм в 10 дней
22. Наиболее ранним признаком регенерации аксона при травме периферического нерва является
- а) появление парестезий в зоне иннервации поврежденного нерва
 - б) появление стойкого болевого синдрома в дистальных участках зоны, иннервируемой поврежденным нервом
 - в) регресс трофических расстройств
 - г) регресс болевого синдрома в дистальных отделах поврежденной конечности
23. Для травматического разрыва проксимального отдела плечевого сплетения характерны
- а) паралич Дюшенна - Эрба
 - б) гипотрофия зубчатой и ромбовидной мышц
 - в) паралич Дежерина - Клюбке
 - г) гипотрофия круглого пронатора
 - д) верно а) и б)
 - е) верно в) и г)
24. Для неполного травматического перерыва нервного ствола характерны
- а) сочетание симптомов выпадения с симптомами раздражения в чувствительной сфере
 - б) сосудистые расстройства в зоне иннервации
 - в) выраженный болевой синдром
 - г) вегетативно-трофические расстройства в зоне иннервации
 - д) все перечисленное
 - е) верно а) и б)
25. Для травматического разрыва лучевого нерва в верхней трети плеча характерен паралич
- а) разгибателей предплечья
 - б) разгибателей кисти
 - в) мышцы, отводящей большой палец
 - г) дельтовидной мышцы
 - д) верно а), б) и в)
 - е) верно а), б) и г)
26. Для травматического разрыва лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерны

- а)паралич разгибателей предплечья
 - б)выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча
 - в)паралич разгибателей кисти
 - г)нарушение чувствительности на внутренней поверхности плеча
 - д)верно а) и в)
 - е)верно а) и г)
- 27.Для травматического разрыва лучевого нерва на уровне предплечья характерны
- а)паралич разгибателей предплечья
 - б)паралич разгибателей кисти
 - в)паралич разгибателей пальцев
 - г)атрофия межкостной мышцы кисти
 - д)верно в) и г)
 - е)все перечисленное
- 28.Для травматического разрыва локтевого нерва в нижней трети предплечья характерно
- а)нарушение сгибания кисти
 - б)нарушение сгибания концевых фаланг 4-го и 5-го пальцев кисти
 - в)анестезия в зоне 5-го пальца кисти
 - г)атрофия межкостных мышц кисти
 - д)верно б) и в)
 - е)верно в) и г)
- 29.Для травматического разрыва срединного нерва в средней трети предплечья характерны
- а)нарушение пронации кисти
 - б)нарушение сгибания кисти
 - в)нарушение суставно-мышечного чувства в концевой фаланге 2-го пальца
 - г)атрофия мышц возвышения большого пальца
 - д)все перечисленное
 - е)верно в) и г)
- 30.Для травматического разрыва бедренного нерва ниже пупартовой связки характерны
- а)паралич разгибателей голени
 - б)выпадение коленного рефлекса
 - в)атрофия четырехглавой мышцы бедра
 - г)все перечисленное
 - д)верно а) и б)
- 31.Для травматического разрыва бедренного нерва выше пупартовой связки характерны
- а)гипестезия на передней поверхности бедра
 - б)паралич сгибателей бедра
 - в)паралич разгибателей голени
 - г)все перечисленное
 - д)верно а) и б)
- 32.Для травматического ушиба седалищного нерва выше ягодичной складки характерны
- а)парез разгибателей голени
 - б)выпадение ахиллова рефлекса
 - в)выпадение коленного рефлекса
 - г)паралич стопы и пальцев ног
 - д)верно а), б), г)

е)верно б), в), г)

33.Для полного травматического разрыва периферического нерва характерны

- а)боль при перкуссии по ходу нерва ниже места повреждения
- б)парестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
- в)вялый паралич и анестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
- г)верно а) и в)
- д)верно б) и в)

34.Для лечения каузалгии, вызванной ушибом периферического нерва, применяют

- а)антидепрессанты, нейролептики, симпатолитики
- б)блокады симпатических ганглиев, симпатэктомию
- в)тепловые согревающие процедуры
- г)все перечисленное
- д)верно а) и б)
- е)верно б) и в)

35.Характерными признаками каузалгии являются

- а)интенсивные жгучие боли, не соответствующие зоне иннервации травмированного нерва
- б)гипалгезия и парестезии в зоне иннервации травмированного нерва
- в)нестерпимая боль при давлении на нервный ствол
- г)все перечисленные
- д)верно б) и в)

36.При каузалгии эффективным методом физиотерапии является

- а)УВЧ на область локализации боли и сегментарно
- б)СМТ на область проекции симпатических узлов
- в)электрофорез новокаина на область повреждения
- г)грязевые аппликации невысокой температуры (37-С)
- д)все перечисленное
- е)верно б) и г)

37.Основным признаком фантомного болевого синдрома является

- а)гипестезия в культе конечности
- б)ощущение боли в несуществующей части удаленной конечности
- в)отечность, цианоз культи конечности
- г)все перечисленное

38.Для спинальной опухоли эпидуральной локализации наиболее характерен

- а)корешковый синдром
- б)симптом ликворного толчка
- в)симптом вклинения
- г)симптом острого отростка
- д)верно а) и г)
- е)верно б) и в)

Задачи к модулю №1.30

1. Женщина 56 лет, по дороге в магазин поскользнулась на гололеде, упала навзничь, удари-лась головой об асфальт. Утратила сознание на несколько секунд, плохо помнит, как вышла из подворотни. Была однократная рвота. Была доставлена службой скорой помощи в ближайшую больницу. Жалуется на головную боль, головокружение. При осмотре: сознание ясное, под-

кожная гематома в задней теменной области. Очаговой и менингеальной симптоматики не определяется. На краниограммах костной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Осмотр каких специалистов нужен в данном случае?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Предложите тактику лечения.

2. Неизвестный мужчина, около 60 лет доставлен в стационар скорой помощью. Со слов очевидцев был обнаружен лежащим в сквере, где пролежал без движения около часа. При осмотре выявлена подкожная гематома левой височной области. Без сознания, на болевые раздражения не реагирует. Произвольной двигательной активности не определяется. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы низкие, определяется мышечная гипотония. Зрачки узкие, фотореакции угнетены. Менингеальных симптомов нет. На рентгенограммах черепа травматических костных изменений не выявлено. Смещение М-эха 2 мм. При люмбальной пункции в первой порции получен ликвор с примесью крови, которая исчезла в последующих порциях. Содержание этанола в крови 4 промилле.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения

3. 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.

4. 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.

5. 66-ти 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 верх-

них 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.

6. 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 пересесть 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 течение 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.

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.35 для самостоятельной работы ординатора

- 1.Травма нервной системы. Классификация закрытых повреждений головного мозга.
- 2.Осложнения и последствия черепно-мозговой травмы. Клинические формы, диагностика, лечение.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, задач, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1,ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.3 модуль № 1.26 ,1.31, 1.36 «Опухоли нервной системы»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.31

1. Теории возникновения опухолей ЦНС и патогенетические механизмы воздействия опухоли на головной мозг.
2. Классификация опухолей головного мозга.
3. Клиника, диагностика и лечение супратенториальных опухолей головного мозга. Экстренные мероприятия при височно-тенториальной дилокации.
4. Клиника, диагностика и лечение опухолей мозжечка. Экстренные мероприятия при вклинении миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.
5. Клиника, диагностика и лечение опухолей гипофиза.
6. Классификация, клиника, диагностика и лечение экстрамедуллярных опухолей спинного мозга в зависимости от их локализации.
7. Классификация, клиника, диагностика и лечение интрамедуллярных опухолей спинного мозга в зависимости от их локализации.

Тестовые задания к модулю №1.31

1. Для спинальной опухоли эпидуральной локализации наиболее характерен
 - а) корешковый синдром
 - б) симптом ликворного толчка
 - в) симптом вклинения
 - г) симптом остистого отростка
 - д) верно а) и г)
 - е) верно б) и в)
2. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие
 - а) сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
 - б) корешковых болей положения
 - в) ранней блокады субарахноидального пространства
 - г) рентгенологического симптома Эльсберга - Дайка
3. Спондилография наименее информативна, если опухоль спинного мозга локализуется
 - а) интрамедуллярно
 - б) субдурально
 - в) эпидурально
 - г) эпидурально-экстравертебрально
4. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его
 - а) переднебоковой поверхности
 - б) задней поверхности
 - в) задней и заднебоковой поверхности
 - г) передней поверхности
5. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается
 - а) при интрамедуллярных опухолях шейного утолщения
 - б) при экстрамедуллярных субдуральных опухолях грудного уровня
 - в) при интрамедуллярных опухолях на уровне поясничного утолщения
 - г) при опухолях конского хвоста
 - д) при экстрамедуллярных субдуральных опухолях на уровне поясничного утолщения
6. Опухоли спинного мозга наиболее часто локализуются
 - а) интрамедуллярно
 - б) эпидурально
 - в) интрамедуллярно, субдурально
 - г) одинаково часто при всех перечисленных локализациях
7. Невринома III нерва отличается от других опухолей задней черепной ямки
 - а) ранним развитием гипертензионно-гидроцефального синдрома
 - б) ранним снижением зрения
 - в) побледнением дисков зрительных нервов
 - г) выраженной белково-клеточной диссоциацией
 - д) усилением симптомов при перемене положения головы
8. При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют
 - а) большие судорожные припадки
 - б) абсансы
 - в) зрительные галлюцинации

г)верхнекадрантная гемианопсия

9.Гемианопсия при внутримозговой опухоли височной доли наступает в результате поражения

- а)перекреста зрительных нервов
- б)зрительного тракта
- в)первичных зрительных центров
- г)путей в лучистом венце
- д)верно б) и г)

10.Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна

- а)моторная, сенсорная афазия
- б)сенсорная, амнестическая афазия
- в)моторная, семантическая афазия
- г)сенсорная афазия, аутотопогнозия
- д)моторная афазия, аутотопогнозия

11.Дифференциальным признаком опухоли верхней теменной доли является

- а)пирамидный гемипарез с преобладанием в руке
- б)контралатеральная гемигипальгезия
- в)контралатеральная болевая гемипарестезия
- г)контралатеральная гомонимная гемианопсия

12.Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются

- а)двусторонний пирамидный парез в ногах
- б)нарушения координации
- в)астазия-абазия
- г)нарушения поведения
- д)бitemпоральные дефекты поля зрения

13.Отличительным признаком опухоли верхней теменной доли является

- а)преобладание пареза в руке
- б)вялый характер пареза
- в)расстройства чувствительности по гемитипу
- г)боли в зоне расстройств чувствительности
- д)верно а) и б)
- е)верно в) и г)

14.Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает

- а)моторная афазия
- б)сенсорная афазия
- в)семантическая афазия
- г)амнестическая афазия

15.Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденом гипофиза следующего гистологического типа

- а)эозинофильных
- б)базофильных
- в)хромофобных
- г)для всех перечисленных типов в одинаковой степени

16. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны
- а) гомонимная гемианопсия
 - б) биназальная гемианопсия
 - в) битемпоральная гемианопсия
 - г) все перечисленное
17. К развитию акромегалии приводят аденомы гипофиза
- а) эозинофильные
 - б) базофильные
 - в) хромофобные
 - г) любого гистологического типа из перечисленных
18. Признаки акромегалии при аденоме гипофиза можно уменьшить
- а) бромидом натрия
 - б) бромкриптином
 - в) бромкамфорой
 - г) любым из перечисленных препаратов
 - д) ни одним из перечисленных препаратов
19. Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают
- а) в аденоме гипофиза
 - б) в краниофарингиоме
 - в) в арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла
 - г) в глиоме зрительного нерва
20. Бурный асептический менингит наступает при прорыве и опорожнении кисты
- а) эозинофильной аденомы
 - б) базофильной аденомы
 - в) хромофобной аденомы
 - г) краниофарингиомы
21. Синдром Бурденко - Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь и слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен
- а) сдавлением структур передней черепной ямки при передне-заднем смещении мозга
 - б) нарушением ликвороциркуляции при близости опухоли к средней линии
 - в) общностью иннервации структур передней и задней черепной ямки
 - г) всеми перечисленными факторами
22. Битемпоральная гемианопсия при опухолях задней черепной ямки обусловлена
- а) компрессией хиазмы при передне-задней дислокации мозга
 - б) гидроцефалией III желудочка
 - в) нарушением кровообращения в хиазме
 - г) всеми перечисленными факторами
23. Вынужденное положение головы при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли
- а) мосто-мозжечкового угла
 - б) I желудочка
 - в) червя мозжечка
 - г) полушарий мозжечка
 - д) одинаково часто при любой из указанных локализаций

24. Синдром Гертвига - Мажанди при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухолях

- а) червя мозжечка
- б) полушарий мозжечка
- в) мосто-мозжечкового угла
- г) варолиева моста
- д) одинаково часто при любой из указанных локализаций

25. Синдром Гертвига - Мажанди при супратенториальных опухолях чаще возникает при опухолях

- а) гипофиза
- б) эпифиза (шишковидной железы)
- в) височной доли
- г) затылочной доли
- д) одинаково часто при любой из указанных локализаций

26. Изотопная g-сцинтиграфия наиболее информативна при локализации опухоли

- а) в полушариях мозга
- б) в задней черепной ямке
- в) в базальной области мозга
- г) в области краниовертебрального перехода

27. При опухоли нижних отделов червя мозжечка (флоккуло-нодулярный синдром) характерным признаком является

- а) нарушение статики и походки
- б) нарушение координации в конечностях
- в) туловищная атаксия без дискоординации в конечностях
- г) нижний пирамидный паразетез
- д) вертикальный нистагм

28. К опухолям ЦНС оболочечно-сосудистого ряда относятся

- а) астроцитомы
- б) олигодендроглиомы
- в) мультиформные спонгиобластомы
- г) арахноидэндотелиомы
- д) все перечисленные

29. К ранним симптомам арахноидэндотелиомы бугорка турецкого седла относятся

- а) снижение обоняния
- б) головная боль
- в) снижение зрения
- г) альтернирующий синдром Вебера
- д) все перечисленные

30. Для расстройств зрения при арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла характерны

- а) центральная и парацентральная скотома
- б) гомонимная гемианопсия
- в) битемпоральная гемианопсия
- г) биназальная гемианопсия

31. Перкуссия головы усиливает головную боль при опухоли головного мозга, так как при этом усиливаются
- а) нарушения ликвороциркуляции
 - б) нарушения внутричерепного кровообращения
 - в) натяжение и дислокация оболочек и черепных нервов
 - г) затруднения венозного оттока
 - д) все перечисленные факторы
32. При конвекситальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают
- а) зрительные
 - б) слуховые
 - в) обонятельные
 - г) вкусовые
33. При базальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают
- а) зрительные
 - б) слуховые
 - в) обонятельные
 - г) все перечисленные
34. Отоневрологическое исследование не помогает диагностике опухоли
- а) варолиева моста
 - б) продолговатого мозга
 - в) мосто-мозжечкового угла
 - г) III черепного нерва
 - д) гипофиза
35. Компьютерная томография наиболее информативна при локализации опухоли
- а) в полушариях головного мозга
 - б) в базальной зоне головного мозга
 - в) в задней черепной ямке
 - г) в краниовертебральной области
36. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта ("обрубленная пирамида") является характерным рентгенологическим признаком
- а) невриномы слухового нерва
 - б) невриномы тройничного нерва
 - в) холестеатомы мосто-мозжечкового угла
 - г) всех перечисленных новообразований
37. Первичным источником метастатических опухолей ЦНС чаще является рак
- а) легких
 - б) желудка
 - в) грудной железы
 - г) матки
 - д) предстательной железы
38. Рвота при супратенториальных опухолях рассматривается как общемозговой симптом, поскольку возникает
- а) вне связи с приемом пищи
 - б) независимо от перемены положения тела

- в) после кратковременного ощущения тошноты
- г) при повышении внутричерепного давления
- д) все перечисленное

39. Отличительный признак неврита зрительного нерва от поражений нерва при опухолях головного мозга

- а) жалобы на затуманивание зрения
- б) концентрическое сужение полей зрения
- в) быстрое снижение остроты зрения
- г) картина первичной атрофии зрительного нерва
- д) все перечисленное

40. Синдром Фостера - Кеннеди характеризуется

- а) атрофией и застоем диска на стороне опухоли
- б) атрофией и застоем диска с двух сторон
- в) атрофией диска на стороне опухоли
- г) застоем диска на стороне опухоли и атрофией на противоположной стороне

41. Синдром Фостера - Кеннеди можно наблюдать при локализации опухоли в области

- а) ольфакторной ямки
- б) параселлярной области
- в) малых крыльев основной кости
- г) бугорка турецкого седла
- д) верно б) и в)

Задачи к модулю №1.31

1. 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?

2. 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?

3. 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?

4. 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 рефлексy 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?

5. 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, мимопадание). 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?

6. 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?

7. У мужчины 54 лет в течение месяца периодически появляются насильственные повороты головы влево, клонико-тонические судороги в левой руке без потери сознания, после которых в течение нескольких часов сохраняется слабость в левой руке. При осмотре: Со стороны черепных нервов: выявляется сглаженность левой носогубной складки глубокие рефлексy S>D, симптом Бабинского слева.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Предположительный клинический диагноз?
- 3.Обследование?
- 4.Лечение?

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.36 для самостоятельной работы ординатора

1. Этиопатогенез опухолей нервной системы. Гисто-биологическая классификация. Стадии развития опухолей, основные симптомы церебральной опухоли – менингиом и глиом различной локализации. Диагностика.
2. Теории возникновения опухолей ЦНС и патогенетические механизмы воздействия опухоли на головной мозг.
3. Клиника и течение опухолей спинного мозга (экстрадуральные, интрадуральные вне- и внутримозговые) и позвоночника. Диагностика.
4. Опухоли турецкого седла, хиазмы, бугорка турецкого седла. Клиника, диагностика.
5. Опухоли задней черепной ямки-ствола, мозжечка, IV желудочка, мостомозжечкового угла. Клиника. Диагностика.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, задач, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1,ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.4 модуль № 1.27, 1.32, 1.37 «Неотложные состояния в неврологии»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.32

1. Обмороки. Их патогенетические варианты, клиника, первая помощь, профилактика.
2. Экстренные лечебные мероприятия при дислокации и вклинении мозга в щель Биша и большое затылочное отверстие (указать дозировку лекарств и характер немедикаментозных мероприятий).

Тестовые задания к модулю №1.32

001.Компьютерная томография мозга противопоказана, если у больного с поражением головного мозга

- а)диагностирован инфаркт миокарда
- б)появились признаки поражения ствола
- в)бессознательное состояние
- г)лучевая болезнь
- д)все перечисленное

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

- а)усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
- б)нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
- в)усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
- г)нарастанием неврологической симптоматики после пункции

003.Решающее значение в диагностике менингита имеет

- а)острое начало заболевания с повышением температуры
- б)острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- в)изменения спинномозговой жидкости
- г)присоединение инфекционно-токсического шока

004. Потеря сознания при синкопальном состоянии обычно длится не более
- а) 10 с
 - б) 1 мин
 - в) 3 мин
 - г) 5 мин
005. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта от начала заболевания через
- а) 1 ч
 - б) 2 ч
 - в) 4 ч
 - г) 6 ч и более
006. Для коматозного состояния не характерно
- а) снижение сухожильных рефлексов
 - б) двусторонний симптом Бабинского
 - в) угнетение брюшных рефлексов
 - г) угнетение зрачковых реакций
 - д) целенаправленные защитные реакции
007. Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать
- а) ангиографию
 - б) реоэнцефалографию
 - в) компьютерную томографию
 - г) транскраниальную доплерографию
008. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является
- а) повышение вязкости крови
 - б) повышение активности свертывающей системы
 - в) ухудшение реологических свойств крови
 - г) снижение системного перфузионного давления
 - д) повышение агрегации форменных элементов крови
009. Решающее влияние на прогноз больных с преходящим нарушением мозгового кровообращения оказывает
- а) адекватный уровень артериального давления
 - б) состояние вязкости и текучести крови
 - в) состояние свертывающей системы крови
 - г) сохранная проходимость приводящих артерий
 - д) продолжительность эпизодов преходящей ишемии
010. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит
- а) снижение артериального давления и замедление кровотока
 - б) повышение вязкости и агрегации
 - в) повышение коагуляционной активности крови
 - г) повышение фибринолитической активности крови
011. Чтобы купировать мышечные проявления нейrogenного гипервентиляционного синдрома, назначают
- а) прозерин

- б) глюконат или хлорид кальция
- в) хлорид натрия
- г) хлорид калия
- д) все перечисленное
- е) верно а) и б)

012. Мышечно-тонические пароксизмы сопровождают следующие формы вегетативных кризов

- а) симпатoadреналовый
- б) вагоинсулярный
- в) смешанный (вагосимпатический)
- г) криз при гипервентиляционном синдроме
- д) нейrogenный обморок

013. Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта наступает в результате

- а) нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге
- б) спазма сосудов пораженного участка мозга
- в) спазма сосудов неповрежденных отделов мозга
- г) расширения "здоровых" сосудов неповрежденных отделов мозга
- д) раскрытия артериовенозных анастомозов

014. Для I-й стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания не характерно наличие

- а) гипокоагуляции
- б) гиперкоагуляции
- в) внутрисосудистой агрегации форменных элементов
- г) блокады микроциркуляции

015. Для тромбоза мозговых сосудов наиболее характерно

- а) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
- б) наличие симптомов предвестников
- в) постепенное формирование очаговой симптоматики
- г) малая выраженность общемозговой симптоматики
- д) отсутствие смещения М-эха

016. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты

- а) противосудорожные и противорвотные
- б) дегидратирующие и глюкокортикоиды
- в) антихолинэргические и антихолинэстеразные
- г) транквилизаторы и антидепрессанты
- д) антигистаминные и анальгетики

017. Для инсульта, развивающегося по механизму сосудистой мозговой недостаточности, не характерно наличие

- а) высокого артериального давления
- б) низкого артериального давления
- в) ортостатических эпизодов в анамнезе
- г) острой сердечной недостаточности

018. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты

- а) эрготамина
- б) анальгетики

- в) антигистаминовые
- г) антисеротониновые
- д) противосудорожные

Задачи к модулю № 1.32

1. Женщина 55 лет во время работы на садовом участке внезапно почувствовала «кинжальную» головную боль, преимущественно в левой части головы, тошноту, была неоднократная рвота, не принесящая облегчения. Госпитализирована в ближайшую районную больницу. При осмотре: АД – 180/100 мм.рт.ст., сонлива, лицо гиперемировано, менингеальных симптомов нет. Выявлен правосторонний глубокий гемипарез, гемигипестезия, гемианопсия правых полей зрения.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) План реабилитации и профилактики инвалидизации?
- 6) Возможные исходы заболевания?

2. Студентка 18 лет, находясь в переполненном вагоне метро в компании других студентов, пожаловалась на чувство дурноты, легкую тошноту, потемнение в глазах, внезапно потеряла сознание, не упала, т.к. была подхвачена друзьями, стоящими рядом. Известно, что несколько дней готовилась к экзамену, мало спала, нерегулярно питалась. Подобные эпизоды случались и ранее.

Задание:

- 1) Помощь на месте?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Дифференциальный диагноз?
- 4) Дообследование?
- 5) Рекомендации?

3. Мужчина 43 лет, доставлен в стационар в бессознательном состоянии из дома. Со слов родственников: длительное время злоупотребляет алкоголем. Последнее время стал эмоционально неустойчив (вспышки эйфории, чувства тревоги сменяются апатией, вялостью), периодически бывал дезориентирован, временно не узнавал родственников, сегодня возник судорожный припадок. Была вызвана скорая помощь, по прибытии которой пациент был возбужден, вырывался, пытался бежать, был агрессивно настроен на осмотр. Обращал на себя внимание тремор рук, атаксия. После чего стал заторможен, сонлив. При обследовании: неопрыт, кожа желтушная, множественные петехиальные кровоизлияния. На вопросы не отвечает, на боль реагирует неkoordinированными реакциями, сухожильные рефлексы

низкие, выраженные рефлексы орального автоматизма, симптом Бабинского с обеих сторон, менингеальных знаков нет.

Задание:

- 1) Тип нарушения сознания?
- 2) Помощь на месте?
- 3) Действия врача скорой помощи?
- 4) Дообследование?
- 5) Клинический диагноз?
- 6) Лечение в стационаре?

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.37 для самостоятельной работы ординатора

1. Комы. Кома при структурном поражении мозга. Дисметаболическая кома
2. Шок. Травматический шок. Анафилактический шок. Токсический шок.
3. Эпилептический статус.
4. Сочетание этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии неотложных состояний.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, задач, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1, ПК-2 , ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.5 модуль № 1.28, 1.33, 1.38 «Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания ЦНС»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.33

1. Болезнь Вильсона-Коновалова: тип наследования, клинические формы, клиника, диагностика, лечение
2. Рассеянный склероз: основные формы, клиника, лечение
- 3.

Задачи к модулю № 1.33

1. 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 нарастают. При осмотре: эмоционально лабильна, несколько эйфорична. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы высокие, D>S, клonusы 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 миопромахивание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

- 1) Точечный 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?

2. 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?

3. 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 невротии 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 рефлексы $D > S$, высокие. Рефлексы орального автоматизма, патологические знаки Россолимо 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?

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.38 для самостоятельной работы ординатора

1. Рассеянный склероз – этиопатогенез, клинические варианты заболевания.
2. Рассеянный склероз: симптоматическое, патогенетическое лечение.
3. Острый рассеянный энцефаломиелит
4. Заболевания, характеризующиеся осмотической демиелинизацией

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение задач, написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК -1,ПК-2 ,ПК-3 , ПК-5, ПК-6, ПК-8

Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Вывод:

Выполнение данного задания- написание реферата и презентации позволяет оценить сформированность следующих компетенций (части компетенций): ПК-5, ПК-6,ПК-8

2. Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине –экзамен

2.1. Список вопросов к промежуточной аттестации

1. Демиелинизирующие заболевания нервной системы: этиология, патогенез, патоморфология.
2. Рассеянный склероз: основные формы, клиника, лечение.
3. Эпилепсия: этиология, патогенез. Понятие эпилептической реакции, эпилептического синдрома, эпилепсии.
4. Классификация эпилептических припадков, их характеристика.
5. Основные проявления эпилепсии, ее течение, диагностика, лечение.
6. Биомеханика и классификация черепно-мозговой травмы .
7. Клиника, диагностика и лечение сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени тяжести.
8. Клиника, диагностика и лечение ушиба головного мозга средней степени тяжести.
9. Оценка уровня сознания у неврологических и нейрохирургических больных.
10. Клиника, диагностика и лечение тяжелого ушиба головного мозга.
11. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга острой внутримозговой гематомой.
12. Клиническая картина, диагностика и лечение диффузного аксонального повреждения.
13. Биомеханика и патогенез неврологических расстройств при позвоночно-спинальной

- травме. Классификация повреждений позвоночника и спинного мозга.
14. Клиника, диагностика и лечение сотрясения, ушиба спинного мозга, травматической гематомии и повреждения корешков конского хвоста.
 15. Клиника, диагностика и дифференцированное лечение сдавления спинного мозга. Недифференцированное медикаментозное лечение позвоночно-спинальной травмы. Лечение тазовых расстройств и пролежней.
 16. Патогенетические стадии остеохондроза позвоночника. Клиника, диагностика и лечение рефлекторных синдромов шейного остеохондроза (цервикаго, синдром позвоночной артерии).
 17. Клиника, диагностика и лечение компрессионных радикулярных синдромов шейного остеохондроза.
 18. Патогенез, клиническая картина, диагностические приемы и лечение шейной спондилогенной миелопатии.
 19. Поясничный остеохондроз. Лечение синдрома компрессионной радикуломиелоишемии.
 20. Теории возникновения опухолей ЦНС и патогенетические механизмы воздействия опухоли на головной мозг.
 21. Классификация опухолей головного мозга.
 22. Клиника, диагностика и лечение супратенториальных опухолей головного мозга. Экстренные мероприятия при височно-тенториальной дилокации.
 23. Клиника, диагностика и лечение опухолей мозжечка. Экстренные мероприятия при вклинении миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.
 24. Клиника, диагностика и лечение опухолей гипофиза.
 25. Классификация, клиника, диагностика и лечение экстрамедуллярных опухолей спинного мозга в зависимости от их локализации.
 26. Классификация, клиника, диагностика и лечение интрамедуллярных опухолей спинного мозга в зависимости от их локализации.
 27. Обмороки. Их патогенетические варианты, клиника, первая помощь, профилактика.
 28. Болезнь Рейно: этиология, клиника, лечение.
 29. Наследственные заболевания нервной системы: прогрессирующие мышечные дистрофии Эрба-Рота, Дюшенна, Ландузи-Дежерина типы наследования, клиника, диагностика, лечение.
 30. Наследственные заболевания нервной системы: амиотрофия Верднига-Гоффмана. Тип наследования, клиника, диагностика, лечение.
 31. Наследственные заболевания нервной системы: амиотрофии Шарко-Мари, Кугельберга-Веландер: типы наследования, клиника, диагностика, лечение.
 32. Наследственные заболевания нервной системы: атаксии Фридрейха и Пьера-Мари: типы наследования, клиника, диагностика, лечение.
 33. Наследственные заболевания нервной системы: параплегия Штрюмпеля: тип наследования, клиника, диагностика, лечение.
- Болезнь Вильсона-Коновалова: тип наследования, клинические формы, клиника, диагностика, лечение.
34. Миотония Томсена: Тип наследования, клиника, диагностика, лечение.
 35. Хорея Гентингтона: тип наследования, клиника, диагностика, лечение.
 36. Миастения: клиника, диагностика, лечение.

37. Сирингомиелия: клиника, диагностика, лечение.
38. Боковой амиотрофический склероз: клиника, диагностика, лечение.
39. Доврачебная и врачебная помощь при обмороках. Препараты, дозы, способы введения. Профилактика синкопальных состояний.
40. Лечение восходящего паралича Ландри. Препараты, дозы, способы введения. Немедикаментозные мероприятия.
41. Лечение генерализованного судорожного приступа: препараты, дозы, способы введения.
42. Лечение мигренозного статуса: тактика, препараты, дозы, способы введения.
43. Лечение миастенического и холинергического кризов: препараты, дозы, способы введения.
44. Медикаментозное и немедикаментозное лечение эпилептического статуса: препараты, дозы, способы введения.
45. Лечение субарахноидального кровоизлияния: препараты, дозы, способы введения.
46. Лечение ишемических инсультов: препараты, дозы, способы введения. Хирургическое лечение, виды вмешательств.
47. Лечение геморрагических инсультов: препараты, дозы, способы введения.
48. Лечение преходящих нарушений мозгового кровообращения: препараты, дозы, способы введения.
49. Лечение острых болевых синдромов: препараты, дозы, способы введения.
50. Лечение каузалгии и фантомной боли: препараты, дозы, способы введения, другие мероприятия.
51. Помощь при проявлениях синдрома позвоночной артерии: препараты, дозы, способы введения. Профилактика клинических проявлений синдрома.
52. Дифференцированная терапия при головной боли мышечного напряжения: препараты, дозы, способы введения. Профилактика клинических проявлений синдрома.
53. Лечение паркинсонизма и гиперкинезов (указать дозировку медикаментов).
54. Лечение вегетативных кризов: препараты, дозы, способы введения.
55. Лечение гнойного менингита (указать дозировку лекарств).
56. Экстренные лечебные мероприятия при дислокации и вклинении мозга в щель Биша и большое затылочное отверстие (указать дозировку лекарств и характер немедикаментозных мероприятий).

Вывод: устный опрос по данной теме позволяет оценить сформированность части следующих компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8

2.2 Список тестовых заданий

1. Прогрессирующие мышечные дистрофии обусловлены поражением
 - а) цереброспинальных пирамидных путей
 - б) мотонейронов передних рогов спинного мозга
 - в) периферического двигательного нейрона
 - г) всего перечисленного
 - д) ничего из перечисленного

2. Спинальная амиотрофия Верднига - Гоффмана наследуется
- а) по аутосомно-доминантному типу
 - б) по аутосомно-рецессивному типу
 - в) по рецессивному типу, связанному с полом (X-хромосома)
 - г) по доминантному типу, связанному с полом
3. Изменение контура ног по типу "опрокинутой бутылки" обусловлено изменением массы мышц:
- а) при амиотрофии Шарко - Мари - Тута
 - б) при гипертрофической невропатии Дежерина - Сотта
 - в) при мышечной дистрофии Эрба
 - г) при мышечной дистрофии Беккера - Киннера
 - д) при амиотрофии Кугельберга – Веландера
4. Амиотрофия Шарко - Мари - Тута обусловлена первичным поражением
- а) передних рогов спинного мозга
 - б) периферических двигательных нервов
 - в) мышц дистальных отделов конечностей
 - г) подкорковых ядер
5. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют
- а) ушиб головного мозга легкой степени тяжести
 - б) сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы
 - в) сотрясение головного мозга тяжелой степени
 - г) сдавление головного мозга на фоне его ушиба
 - д) сотрясение головного мозга
6. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется
- а) длительным коматозным состоянием с момента травмы
 - б) развитием комы после «светлого» периода
 - в) отсутствием потери сознания
 - г) кратковременной потерей сознания
 - д) кратковременной потерей сознания с ретроградной амнезией
7. К открытой черепно-мозговой травме относится травма
- а) с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
 - б) с повреждением апоневроза
 - в) с переломом костей свода черепа
 - г) с переломом костей основания черепа без ликвореи
 - д) с развитием эпидуральной гематомы
8. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме
- а) легкой открытой
 - б) легкой закрытой

- в) открытой средней тяжести
- г) закрытой средней тяжести
- д) тяжелой

9. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль

- а) распирающего характера
- б) распирающего характера в затылочной части
- в) пульсирующего характера по всей голове
- г) сдавливающего характера в лобно-теменной области
- д) жгучего характера в затылочной области

10. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

- а) при компьютерной томографии
- б) при ангиографии
- в) при эхоэнцефалографии
- г) при магниторезонансной томографии
- д) при всем перечисленном

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

- а) сотрясение мозга
- б) субарахноидальное кровоизлияние
- в) ушиб мозга
- г) внутричерепная гематома
- д) диффузное аксональное повреждение

12. Для опухоли премоторной области лобной доли характерны

- а) гемипарез с преобладанием в ноге
- б) моторная афазия
- в) адверсивные эпилептические припадки
- г) атрофия зрительного нерва на стороне опухоли
- д) все перечисленное

13. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие

- а) сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
- б) корешковых болей положения
- в) ранней блокады субарахноидального пространства
- г) рентгенологического симптома Эльсберга – Дайка
- д) сенситивной атаксии

14. Спондилография наименее информативна, если опухоль спинного мозга локализуется

- а) интрамедуллярно
- б) субдурально
- в) эпидурально
- г) эпидурально-экстравертебрально

д) субдурально и эпидурально

15. Экстрamedулярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его

- а) переднебоковой поверхности
- б) задней поверхности
- в) задней и заднебоковой поверхности
- г) передней поверхности
- д) боковой поверхности

16. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается

- а) при интрамедуллярных опухолях шейного утолщения
- б) при экстрamedулярных субдуральных опухолях грудного уровня
- в) при интрамедуллярных опухолях на уровне поясничного утолщения
- г) при опухолях конского хвоста
- д) при экстрamedулярных субдуральных опухолях на уровне поясничного утолщения

17. Для разрыва аневризм конвекситальных артерий мозга обязательны все перечисленные симптомы, кроме

- а) утраты сознания
- б) головной боли
- в) очаговых неврологических симптомов
- г) менингеального синдрома

18. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные

- а) ангиографии
- б) реоэнцефалографии
- в) ультразвуковой доплерографии
- г) компьютерной томографии
- д) радиоизотопной сцинтиграфии

19. Во время приступа генерализованной эпилепсии изменения со стороны зрачков характеризуются

- а) анизокорией
- б) сужением
- в) расширением
- г) ничем из перечисленного

20. К бессудорожным формам эпилептического статуса относят все следующие пароксизмальные проявления, за исключением эпилептического

- а) психомоторного возбуждения
- б) "пикволнового ступора"
- в) состояния спутанности
- г) сумеречного состояния

21.Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является

- а)бережная иммобилизация головы
- б)иммобилизация конечностей
- в)введение воздуховода в ротоглотку
- г)дача ингаляционного наркоза с закисью азота

Рекомендации по оцениванию результатов тестирования ординатора

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

Вывод:

Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность следующих компетенций (части компетенций): ПК-5, ПК-6,ПК-8

2.3 Список задач

Задача №1

В клинику машиной скорой помощи доставлена женщина 67 лет. Известно, что упала на улице, потеряв сознание. Была многократная рвота. В анамнезе гипертоническая болезнь II, риск 3. При поступлении оглушена, АД 180/90 мм рт. ст., лицо цианотичное; выявлены: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига. Реакция зрачков на свет вялая, опущен правый угол рта. Тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу. Сухожильные рефлексy D>S. Справа положительные симптомы Бабинского и Оппенгейма. С правой руки и ноги вызываются защитные рефлексy. Следит глазами за врачом, реагирует на обращение к ней по имени и отчеству, выполняет простейшие инструкции, более сложные не понимает.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Сформулировать клинический диагноз.
4. Назначить лечение.
5. Перечислить виды ишемических инсультов.

Задача №2

В неврологическое отделение поступил мужчина 27 лет с жалобами на «помутнение перед глазами», разлитую интенсивную головную боль распирающего характера, тошноту, рвоту.

В анамнезе закрытая черепномозговая травма, случившаяся накануне.

В неврологическом статусе: выраженная ригидность мышц затылка, положительный симптом Кернига и верхний симптом Брудзинского, нистагмOID при крайних отведениях глазных яблок. В ликворе, который вытекал под давлением 180 мм вод. ст. при микроскопии в большом количестве определяются эритроциты, белок 0,66 г/л.

1. Выделить ведущий клинический синдром.
2. Поставить топический диагноз.
3. Сформулировать клинический диагноз.
4. Назначить лечение.
5. Описать клинические особенности ишемического инсульта.

Задача №3

В отделение поступил мужчина 47 лет, который утром пошел в туалет и внезапно упал, где его обнаружили родственники. При этом были судорожные сокращения в левых конечностях с последующим онемением левой руки.

В анамнезе хронический алкоголизм.

В неврологическом статусе: общее состояние тяжелое, односложно отвечает на вопросы, заторможен. АД 110/100 мм рт. ст., диффузная головная боль. Правая глазная щель сужена, сглажена правая носогубная складка, отсутствуют спонтанные движения в левой руке, повышен тонус мышц левых конечностей.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Сформулировать клинический диагноз.
4. Какой ноотропный препарат целесообразно назначить.
5. Что является характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии.

Задача №4

В приемный покой доставлена женщина 29 лет в состоянии сопора.

Из анамнеза известно, что больная накануне пришла с работы уставшей, с головной болью в лобно-височной области, легла спать в 8 вечера. Зазвонил телефон, она проснулась и хотела к нему подойти, но потеряла сознание и упала. Когда пришла в себя была неоднократная рвота. За год до этого дважды у больной отмечались эпилептические припадки с потерей сознания и общими судорогами.

В неврологическом статусе: резкая адиамаия, ригидность затылочных мышц, двухсторонний симптом Кернига, сглажена левая носогубная складка. Сухо-

жильные рефлексы преобладают слева, симптом Бабинского с 2-х сторон, в ликворе – кровь, АД 80/60 мм рт. ст., кожные покровы бледные.

1. Выделить ведущие клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Сформулировать клинический диагноз.
4. Признаки поражения задней мозговой артерии.
5. Указать гуморальные факторы регуляции мозгового кровообращения.

Задача № 5

Мужчину 53 лет в течение двух месяцев беспокоят постоянные головные боли распирающего характера, которые усиливаются в утренние часы. В течение последней недели утром на высоте головных болей возникает рвота, появилась и нарастает слабость в правых конечностях. При обследовании: снижение мышечной силы в правых конечностях до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм.

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Локализация поражения?
- В. Предварительный клинический диагноз?
- Г. Дополнительные исследования?
- Д. Лечебная тактика?

Задача № 6.

У женщины 72 лет в течение года отмечались приступы клонических судорог в левой стопе, которые постепенно распространялись на всю ногу и далее на руку без потери сознания и продолжались на протяжении нескольких минут. За последний месяц приступы участились и стали ежедневными. Больную стали беспокоить головные боли распирающего характера, появилась и постепенно выросла слабость в левых конечностях. Последний припадок сопровождался утратой сознания и непроизвольным мочеиспусканием. При обследовании: мышечная сила в руке снижена до 4-х баллов, в ноге – до 2-х баллов, слева повышены сухожильные рефлексы и вызывается симптом Бабинского, снижение болевой и температурной чувствительности на левой половине тела. При осмотре окулистом выявлены застойные изменения на глазном дне.

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Локализация поражения?
- В. Предварительный клинический диагноз?
- Г. Дополнительные исследования?
- Д. Лечебная тактика?

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения

100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Результирующая оценка формируется как среднее арифметический балл, из набранных баллов за выполнение теоретического и практического задания.

Вывод:

Получение положительной оценки позволяет сделать вывод о достаточной сформированности части следующих компетенций: ПК-5, ПК-6, ПК-8

Ответы к тестам и задачам: Неврология.
Семестр 1

тестовых заданий к модулю № 1.8

001. б)002. в)003. б)004. г)005. б)006. б) 007. а)008. б)009. б)010. б)

Ответы к задачам модуль № 1.8

Задача 1.

Ответ: центральный, грудной отдел

Задача 2.

Ответ: периферический, передний рог спинного мозга.

Задача 3.

Ответ: смешанный, шейное утолщение

Задача 4.

Ответ: периферический, конечные отделы спинного мозга.

Задача 5.

Ответ: центральный, лучистый венец

Задача 6.

Ответ: поражение лобной доли

Задача 7.

Ответ: поражение теменной доли слева

Задача 8.

Ответ: центр Брока

Задача 9.

Ответ: Центр Вернике

Задача 10.

Ответ: амнестическая афазия

Задача 11.

Ответ: апраксия

Задача 12.

Ответ: обонятельные галлюцинации

Задача 13.

Ответ: на уровне С5.

Задача 14.

Ответ: клетки передних рогов С5-Д1 справа.

Задача 15

Ответ: в задних рогах спинного мозга на уровне сегментов Д5-Д10 справа. Сегментарное (диссоциированное) расстройство чувствительности.

Задача 16.

Ответ: правая половина спинного мозга на уровне Д5-Д8 сегментов справа. Синдром Броун-Секара.

Задача 17

Ответ: у всех больных пострадали боковые канатики спинного мозга. У первого больного очаг расположен на уровне Д4 сегмента, у второго- на уровне Д10, у третьего- на уровне L1 сегмента.

Задача 18.

Ответ: задние канатики спинного мозга на уровне Д10 сегмента.

Тестовые задания к модулю 1.9

1. в) 2. в) 3. г) 4. б) 5. в) 6. г) 7. г) 8. в) 9. д) 10. в)

Тестовые задания к модулю 1.10

1. г) 2. е) 3. а) 4. в) 5. г) 6. г) 7. б) 8. в) 9. д) 10. а)

Тестовые задания модуль №1.11

001. а) 002. б) 003. д) 004. д) 005. г) 006. б) 007. д) 008. е) 009. г) 010. б)

Задачи к модулю №1.11

2. Ответы:

- 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, эспапон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др. Антikonвульсанты (габапентин) и антидепрессанты (амитриптилин, 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.

1. 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.

Тестовые задания модуль №1.12

01. б)002. б)003. г)004. б)005. а)006. б)007. д)008. в)009. в)010. а)011. в)012. в)013. г)

Задачи модуль №1.12

1. 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
- А) поддержание витальных функций (респираторная поддержка, нормализация сердечно-сосудистой деятельности)
- Б) борьба с отеком мозга (маннитол)

- В) поддержание электролитного баланса
- Г) антиконвульсанты
- Д) симптоматическая терапия (антипиретики, анальгетики)
- Е) ранняя реабилитация
- 7) летальность достигает 30%, резидуальный неврологический дефицит с инвалидизацией до 50%-70%, возможно полное выздоровление

2. Ответ:

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Менингококковый менингит
- 3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР
- 4) Пенициллины (ампициллин 0,1-0,2 г/кг х 6р), цефалоспорины III (цифтриаксон 20 – 80 мг/кг х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.
- 5) Если закрываются на 10 ти дневный карантин, все контактные лица обследуются бактериологически, проводится химиопрофилактика а/б всем контактным, контактным детям профилактически вводится нормальный иммуноглобулин.
- 6) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия)

3. 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.

4. 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).

5. Ответ:

- 1) Серое вещество передних рогов спинного мозга на уровне С1-С8, оболочки головного и спинного мозга
- 2) Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма
- 3) Анализ крови и ликвора методами иммуноферментного анализа с определением иммуноглобулинов М и G классов, выявление Ag вируса – ПЦР, МРТ шейного отдела спинного мозга.
- 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), ранняя реабилитация

5) Укус клеща

6) Вакцинация тканевой инактивированной вакциной

7) Полное выздоровление, стойкий резидуальный неврологический дефицит, летальность до 30%.

Тестовые задания модуль №1.13

01. в)002. г)003. г)004. а)005. а)006. д)007. а)008. г)009. в)010. в)011. г)012. в)

Задачи модуль №1.13

1. Ответ:

1) Синдром поражения правой внутренней капсулы.

2) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно кардиоэмболический).

3) Персонал поликлиники должен вызвать скорую помощь и госпитализировать пациентку как можно быстрее, желательно в ближайший сосудистый центр.

4) КТ головного мозга (сразу при поступлении) и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)

5) В остром периоде:

а) базисная недифференцированная терапия инсульта

При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:

б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).

в) тромболитическая (при отсутствии противопоказаний)

г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)

В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:

д) эндоваскулярная хирургия (стентирование, эндартерэктомия)

Ранняя реабилитация.

6) Вторичная профилактика инсульта:

А) антигипертензивная терапия

Б) дезагрегантная терапия

В) антикоагулянтная терапия

Г) гиполипидемическая терапия

Вторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:

А) отказ от вредных привычек

Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела

В) регулярные физические нагрузки

Г) соблюдение режима труда и отдыха

Профилактика инвалидизации:

А) Своевременная госпитализация

Б) Адекватное лечение

В) Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация:

а) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ

б) физиотерапия, массаж

в) эрготерапия

г) занятия с логопедом

7) Экспертиза трудоспособности потребуется

2. Ответ:

- 1) Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз.
- 2) Госпитализация показана.
- 3) Методы выбора коррекции терапии:
 - А) выбрать комбинированную терапию - добавить гипотензивные препараты других групп: бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов или диуретики.
 - Б) заменить ингибитор АПФ на препарат из группы сартанов (лазап, атаканд, эдарби).
- 4) Санаторно-курортное лечение не показано
- 5) После выписки из больницы пациент трудоспособен

3. Ответ:

- 1) Поражение правого полушария головного мозга.
- 2) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния.
- 3) КТ, МРТ ангиография, ЛП.
- 4) Тактика лечения:
 - А) стабилизация АД (не ниже 180/90 мм.рт.ст.)
 - Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)
 - В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)
 - Г) хирургическое лечение (по показаниям).
 - Д) базисная недифференцированная терапия инсульта
- 5) Профилактика инвалидизации:
 - А) Своевременная госпитализация
 - Б) Адекватное лечение
 - В) Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация:
 - А) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ
 - Б) физиотерапия, массаж
 - В) эрготерапия
 - Г) Занятия с логопедом
 - б) а) исходы: смертность достигает 60-70%, вероятна инвалидизация, возможно выздоровление с восстановлением функций.
 - б) осложнения: отек и дислокация мозга, пневмония, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии

4. Ответ:

- 1) Ишемический инсульт (предположительно кардиоэмболический) в бассейне левой средней мозговой артерии.
- 2) Госпитализация обязательна.
3. КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 4) а) базисная недифференцированная терапия инсульта
При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:
 - б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
 - в) тромболитическая (при отсутствии противопоказаний)
 - г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)
- В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:
 - д) хирургическое лечение (стентирование, эндартерэктомия)
- 5) См. задачу №16

5. Ответ:

- 1) Субарахноидальное кровоизлияние (вероятно аневризматическое).

- 2) Срочная госпитализация, поддержание витальных функций во время транспортировки.
- 3) ЛП, КТ или МРТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, ТК УЗДГ.
- 4) Тактика лечения:
 - 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
- 5) смертность достигает 40%, в случае выздоровления у большинства пациентов стойкая инвалидизация не наступает

6. Ответ:

- 1) Оптико-пирамидный синдром.
- 2) Транзиторная ишемическая атака в бассейне правой внутренней сонной артерии.
- 3) Госпитализация показана.
- 4) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭКГ мониторинг, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 5) А) при обнаружении гемодинамически значимых стенозов – эндоваскулярная хирургия (напр. стентирование).
 Б) при отсутствии стенозов – дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамола)
 В) нейропротективная терапия
 Г) при выявлении заболевания внутренних органов (например, кардиогенной патологии) соответствующее лечение.
- 6) См. задачу №16

Тесты модуль № 1.14

001. а)002. в)003. е)004. е)005. д)006. е)007. а)008. в)009. д)010. в)011. г)012. д)013. а)014. д)015. д)

1 семестр

001. а)	020. б)
002. в)	021. б)
003. а)	022. д)
004. а)	023. в)
005. б)	024. б)
006. б)	025. г)
007. в)	026. б)
008. б)	027. д)
009. г)	028. д)
010. а)	029. а)
011. в)	030. г)
012. б)	031. д)
013. в)	032. а)
014. г)	033. б)
015. г)	034. а)
016. д)	035. д)
017. г)	036. в)
018. а)	037. г)
019. а)	038. а)

2 семестр.

Тестовые задания модуль № 1.29

1. б)2. б)3. д)4. г)5. в)6. в)7. б)8. в)9. г)10.а)11. в)12. б)13. в)14. д)15. д)16. г)17. г)18. а)19. г)20. г)21. д)22. г)23. д)24. г)25. б)26. в)27. в)28. в) 29. г)30. г)31. в)32. е)33. а)34. а)35. б)36. г)37. а)38. е)39. а)40. д)41. е)42. г)43. а)44. б)45. д)

Задачи модуль №1.29

1. 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).

2. 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.

3. 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) Х-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.

Тестовые задания модуль № 1.30

001. в)002. а)003. б)004. б)005. а)006. д)007. г)008. д)009. г)010. б)011. б)012. д)013. а)
014. д)015. г)016. д)17. д)18. е)19. д)20. е)21. б)22. а)23. а)24. д)25. д)26. в)27. д)28. е)29. е)
30. г)31. г)32. д)33. в)34. д)35. а)36. д)37. б)38. д)

Задачи модуль №1.30

1. Ответ:

1. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга.
2. Невролога, хирурга, терапевта, офтальмолога.
3. КТ или МРТ головного мозга. Обследования необходимые для исключения сочетанной травмы.
4. Постельный режим до 7-14 дней. Лечение симптоматическое: анальгетики, транквилизаторы

2. Ответ:

1. Алкогольное опьянение. Подкожная гематома левой височной области.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение: дезинтоксикационная терапия.

3. 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.

4. 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.

5. Ответ:

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

6. 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.

Тесты модуль №1.31

1. д)2. а)3. а)4. в)5. г) 6. в)7. г)8. г)9. д)10. б)11. в)12. г)13. е)14. в)15. в)16. в)17. а)18. б)
19. б)20. г)21. в)22. б)23. а)24. в)25. б)26. а)27. в)28. г)29. в)30. в)31. в)32. б)33. в)34. д)

35. а)36. а)37. а)38. г)39. в)40. в) 41. а)

Задачи модуль №1.31

1. Ответы:

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.

2. Ответы:

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

3. Ответы:

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

4. Ответы:

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.

5. Ответы:

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

6. Ответы:

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

7. Ответы:

1. Поражение задне-нижних отделов правой лобной доли.
2. Объемное образование правой лобной доли головного мозга. (Опухоль? Подострая субдуральная гематома?).
3. Методы нейровизуализации (МРТ, КТ головного мозга).
4. Оперативное

Тестовые задания модуль №1.32

001. г)002. г)003. в)004. б)005. г)006. д)007. г)008. г)009. г)010. г)011. б)012. г)013. г)014. а)015. в)016. в)017. а)018. а)

Задачи модуль № 1.32

1. Ответ:

- 1) Левая внутренняя капсула
- 2) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния.
- 3) КТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, ЛП.
- 4) Тактика лечения после подтверждения геморрагического характера инсульта:
 - а) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)
 - б) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)
 - в) хирургическое лечение (по показаниям).
 - г) базисная недифференцированная терапия инсульта
- 5) Вторичная профилактика инсульта:
 - А) антигипертензивная терапияВторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:
 - А) отказ от вредных привычек
 - Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела
 - В) регулярные физические нагрузки
 - Г) соблюдение режима труда и отдыхаПрофилактика инвалидизации:
 1. Своевременная госпитализация
 2. Адекватное лечение
 3. Ранняя и поздняя реабилитация:
 - А) кинезитерапия (на всех этапах лечения)
 - Б) физиотерапия, массаж
 - В) эрготерапия
 - Г) занятия с логопедом
 - б) смертность достигает 60-70%, вероятно инвалидизация, возможно выздоровление с восстановлением функций.

2. Ответ:

- 1) Предупреждение падения, придать горизонтальное положение с приподнятыми ногами, поднести к носу вату, смоченную нашатырным спиртом (при наличии).
- 2) Вазодепрессорный (вазовагальный) обморок.
- 3) Гипогликемия, эпилепсия.
- 4) Клинический анализ крови, исследование крови на уровень глюкозы, ЭКГ, консультация невролога, ЭЭГ.
- 5) Соблюдать режим питания, труда и отдыха, нахождения в душных, малопроветриваемых помещениях, при ощущении внезапной дурноты – сесть или принять горизонтальное положение.

3. Ответ:

- 1) Кома 1 степени (умеренная).
- 2) Предупреждение травм и аспирации: повернуть на бок, удалить зубные протезы, ослабить воротник и пояс.
- 3) Контроль за функцией дыхания, АД, ЧСС, при необходимости – введение препаратов для коррекции АД, ЧСС, интубация.
- 4) Клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование крови на уровень глюкозы, электролитов, молочной кислоты, кетонов, функции печени и поджелудочной железы, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, КТ головного мозга, консультация невролога.
- 5) Хроническая печеночная недостаточность, декомпенсация состояния. Дисметаболическая энцефалопатия, судорожный синдром. Дисметаболическая (печеночная) кома.
- б) Обеспечение витальных функций, лечение основного заболевания, детоксикационная терапия, поддержание водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия.

Задачи модуль № 1.33

1. 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. 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.

2. 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 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. 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.

3. 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.

Ответы на тесты

Семестр	11.б
1.е	12.в
2.а	13.а
3.а	14.а
4.б	15.в
5.в	16.г
6.а	17.а
7.б	18.г
8.б	19.в
9.а	20.а
10.г	21.а

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Проведение промежуточной аттестации происходит в виде зачета. Задания на зачете содержат теоретические вопросы и ситуационные задачи.

Методические рекомендации по подготовке к зачету

Для допуска и успешной сдачи промежуточной аттестации (зачет) студенту необходимо выполнить несколько требований:

1) регулярно посещать аудиторные занятия по дисциплине; пропуск занятий не допускается без уважительной причины;

- 2) в случае пропуска занятия студент должен быть готов ответить на зачете на вопросы преподавателя, взятые из пропущенной темы;
- 3) студент должен точно в срок сдавать письменные работы на проверку и к следующему занятию удостовериться, что они зачтены;
- 4) готовясь к очередному занятию по дисциплине, студент должен прочитать соответствующие разделы в учебниках, учебных пособиях, монографиях и пр., рекомендованных преподавателем в программе дисциплины, и быть готовым продемонстрировать свои знания на паре; каждое участие студента в обсуждении материала на практических занятиях отмечается оценкой преподавателем и учитывается при ответе на зачете;
- 5) в случае, если студент не освоил необходимый материал или что-то не понял, он должен подойти к преподавателю в часы консультаций и прояснить материал;
- 6) во время зачета студент получает один теоретический вопрос, готовится в течение 5-7 минут и рассказывает преподавателю все, что знает по этому материалу;
- 7) второй этап зачета – это решение тестового задания и ответы на вопросы преподавателя по материалу и содержанию задания;
- 8) третий этап зачёта - это решение ситуационной задачи и ответы на вопросы преподавателя по материалу и содержанию задания;

Схема оценивания промежуточного контроля знаний

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный опрос Тестовые задания Ситуационная задача	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8	заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание программного материала по дисциплине, освоивший основную и дополнительную литературу, рекомендованной программой, показавший творческий подход в выполнении поставленной задачи.	<i>зачтено</i>
		выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.	<i>не зачтено</i>