**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**НОВОКУЗНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ – ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

|  |  |
| --- | --- |
| **ОДОБРЕНО** | **УТВЕРЖДАЮ** |
| Учебно-методической комиссиейНГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПОМинздрава России«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. Протокол №\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМК д-р мед. наук, доцент Н.С. Алексеева | Директор НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава Россиид-р мед. наук, доцент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.Л. Кан«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. |

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации**

**в ординатуре по специальности**

31.08.42 Неврология

Уровень образовательной программы: высшее образование

Подготовка кадров высшей квалификации

Вид программы – практико-ориентированная

Форма обучения

очная

**Новокузнецк, 2023**

**СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ**

**ПО РАЗРАБОТКЕ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

 к рабочей программе дисциплины (модуля)

 «Неврология»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **пп.** | **Фамилия, имя, отчество** | **Ученая** **степень,** **звание** | **Занимаемая должность** | **Место работы** |
| 1 | Полукарова Е.А. | к.м.н., доцент | заведующий кафедрой  | НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России |
| 2 | Соломин С. А. | к. м. н., доцент | Доцент | НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России |
| 3 | Рогожникова Н. В. | к. м. н., доцент | Доцент | НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России |
| 4 | Коновалова Н. Г.  | д. м. н., профессор | Профессор | НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России |
| 5 | Семенов А. Г. |  | Ассистент | НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России |
| 6 | Шарапова И. Н.  |  | Ассистент | НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России |
| ***по методическим вопросам*** |
| 1. | Виноградова Е.А. |  | начальник учебно-методического отдела | НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России |

**1. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ, ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КОМПЕТЕНЦИЙ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ**

**РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

**1.1. Текущий контроль**

***ФОС текущего контроля*** используется для оперативного и регулярного управления учебной деятельностью (в том числе самостоятельной) обучающегося. ФОС текущего контроля обеспечивает оценивание хода освоения разделов и тем учебной дисциплины (модуля). В условиях балльно-рейтинговой системы контроля результаты текущего оценивания используются как показатель текущего рейтинга обучающегося.

**1.2. Промежуточная аттестация**

***ФОС промежуточной аттестации*** обучающихся по освоению рабочих программ учебных дисциплин (модулей), практик предназначается для оценки *степени соответствия сформированных компетенций у обучающихся с требованиями ФГОС ВО.*

Промежуточная аттестация проводится в форме, установленной учебным планом программы: *зачет, дифференцированный зачет, экзамен, курсовая работа, отчет.* На этапе промежуточной аттестации проверяются все заявленные компетенции.

 **1.3. Итоговый контроль**

***ФОС итоговой (государственной итоговой) аттестации*** используется для оценки результатов *освоения образовательных программ*. В ходе государственной итоговой аттестации ординаторов оценивается степень соответствия сформированных компетенций выпускников требованиям ФГОС ВО.

**2. КРИТЕРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ, ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ**

**2.1. Критерии оценки ответа обучающихся при тестировании**

|  |  |
| --- | --- |
| **Оценка** | **Критерии оценки** **(% от max количества баллов)** |
| Отлично | 90-100% |
| Хорошо | 80-89% |
| Удовлетворительно | 70-79% |
| Неудовлетворительно | 69% и менее |

**2.2. Критерии оценки ответа обучающихся при контроле теоретической и практической подготовки обучающегося (собеседовании)**

- Сформированность знаний дисциплины в аспекте цели и задач программы;

- Сформированность умений и практических навыков, определяемых целью и задачами программы;

- Наличие опыта деятельности по применению знаний, умений, навыков в решении учебно-профессиональных задач;

- Сформированность способности (готовности) применять знания, умения, навыки в решении учебно-профессиональных и профессиональных задач.

**2.3. Показатели критериев и оценка при контроле теоретической и практической подготовки обучающегося (собеседовании)**

| **Показатели критериев** | **Оценка** |
| --- | --- |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.***Демонстрируется способность выявлять проблему, формулировать гипотезу, обосновывать свою точку зрения, предсказывать последствия, отличать факты от мнений (суждений), гипотез, выводы от положений, анализировать информацию, находить ошибку, высказывать суждения о соответствии выводов и фактов, о точности (измерений), о качестве (точности, эффективности, экономичности) проделанной работы, выбранном способе решения или используемых методах, строить модель, составить план эксперимента, решения, изменить план.***Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание программы освоено полностью, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному. Демонстрируется способность в решении учебно-профессиональных и профессиональных задач.  | Отлично (зачтено) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, но проявляется затруднение в демонстрации авторской позиции обучающегося.Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.***Демонстрируется способность объяснять, соотносить, характеризовать (приводить характеристики), сравнивать, устанавливать (различие, зависимость, причины), выделять существенные признаки, определять по алгоритму, составлять по готовой схеме, выполнить в соответствии с правилами.***Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание программы освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному.Демонстрируется способность в решении учебно-профессиональных, но затрудняется в решении сложных задач, обосновании трудовых действий. | Хорошо (зачтено) |
| Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. ***Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.***Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки.Демонстрируются большие затруднения в способности решать учебно-профессиональные задачи.  | Удовлетворительно (зачтено) |
| Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. ***Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.***Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено, либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя возможно повышение качества выполнения учебных заданий. | Неудовлетворительно(не зачтено) |

**2.4. Шкала оценивания уровня сформированности компетенции**

| **Уровень** | **Характеристика сформированности компетенции** |
| --- | --- |
| Высокий  | Деятельность осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями. |
|  Достаточный | Деятельность осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при решении нетипичной профессиональной задачи. |
| Недостаточный | Деятельность осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия. |

**3.** **ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛИРУЕМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ**

**ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование компетенции | Кодкомпетенции | Наименование компетенции |
| Универсальныекомпетенции (УК)  | УК-1 | Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте |
| УК-2 | Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им |
| УК-3 | Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению |
| УК-4 | Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности |
| УК-5 | Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории. |
| Общепрофессиональные компетенции (ОПК)  | ОПК-1 | Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности |
| ОПК-2 | Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей |
| ОПК-3 | Способен осуществлять педагогическую деятельность |
| ОПК-4 | Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов |
| ОПК-5 | Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность |
| ОПК-6 | Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов |
| ОПК-7 | Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу |
| ОПК-8 | Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения |
| ОПК-9 | Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала |
| ОПК-10 | Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства |
| Профессиональные компетенции (ПК)  | ПК-1 | Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза |
| ПК-2 | Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности |
| ПК-3 | Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность |
| ПК-4 | Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний нервной системы и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения |
| ПК-5 | Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы |
| ПК-6 | Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы |
| ПК-7 | Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала. |
| ПК-8 | Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме |

**4. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ КОНТРОЛЯ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

**4.1. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ**

**4.1.1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Содержание вопроса (задания)** | **Коды****проверяемых компетенций** |
| **Б.1.О.1.1** | **Социальная гигиена и организация медицинской неврологической помощи в Российской Федерации** | **УК- 1,2,4,5 ОПК- 1,2,7,8,9 ПК-4,6** |
| 1 | **Дайте определение:**Система охраны здоровья граждан в Российской Федерации |  |
|  | **Ответ:**Система охраны здоровья граждан в РФ представлена государственной системой здравоохранения, муниципальной системой здравоохранения и частной системой здравоохранения, соответствующие формам собственности, закрепленным в Конституции РФ, по действующим в едином правовом поле, соответственно Законам РФ, в т.ч. и «Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан». Предприятия, учреждения и организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения могут осуществлять свою деятельность только при наличии лицензии на избранный вид деятельности |  |
| 2 | **Назовите:**Номенклатуру учреждений здравоохранения РФ  |  |
|  | **Ответ:**Согласно номенклатуре, в РФ существуют следующие учреждения здравоохранения:* Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ)
* Учреждения государственного санитарно-эпидемиологического надзора
* Аптечные учреждения
 |  |
| 3 | **Укажите:**Какую роль в вопросах профилактики заболеваний нервной системы играют амбулаторно-поликлинические учреждения?  |  |
|  | **Ответ:**Амбулаторно-поликлинические учреждения играют большую роль в вопросах профилактики заболеваний нервной системы:1) Привлечение внимания населения к профилактике заболеваний и принципам гигиены, в также вовлечение населения в ежедневное выполнение санитарно-гигиенических мероприятий в рамках своей семьи, дома, рабочего места и т. д. 2) Просветительная работа в среде диспансеризуемых лиц и наблюдение за ними в динамике развития. 3) В период профилактических осмотров применяют краткосрочные, усиленные меры информирования населения для привлечения большего количества участников. В агитации указывается роль диспансеризации, ее значимость для каждого человека, транслируется убеждение в ее неоспоримой полезности. Целью является положительное отношение обслуживаемого населения к профилактическим осмотрам и активное желание принять в них участие.3) С пациентами, входящими в группу риска появления какого-либо заболевания, проводятся индивидуальные беседы, рассказываются первые симптомы и признаки начала болезни. Специалист подкрепляет свои слова тематическими печатными материалами – памятками, буклетами, где содержатся конкретные советы для устранения причин, факторов, составляющих угрозу здоровью. Также пациенты приглашаются на коллективные мероприятия – лекции, дискуссии, просмотры специальных фильмов. |  |
| **Б.1.О.1.2** | **Анатомия и физиология нервной системы. Семиотика и топическая диагностика заболеваний нервной системы.** | **УК- 1,2,3,5****ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5** |
| 1 | **Назовите:**Пути, проводящие поверхностные виды чувствительности. |  |
|  | **Ответ**:К путям поверхностной чувствительности относятся передний и латеральный спинно-таламический пути.1-ые чувствительные нейроны – псевдоуниполярные клетки спинномозговых узлов, периферические отростки которых начинаются в коже и слизистых и идут в составе периферических нервов, нервных сплетений, спинномозговых нервов к спинномозговым узлам, а центральные в составе задних корешков входят в задний рог СМ и оканчиваются у клеток его основания, где начинается второй нейрон.2-ые нейроны – чувствительные нейроны задних рогов СМ, аксоны которых проходят в косом направлении через белую спайку двух-трех сегментов СМ на противоположную сторону и формируют передний (идет в передних канатиках) и латеральный (идет в боковых канатиках) спинно-таламические пути.Спинно-таламические пути, поднимаясь вверх, проходят в задних отделах продолговатого мозга, моста, ножек мозга и достигают в составе медиальной петли 3-х нейронов. Медиальная петля образована аксонами 2-ых нейронов глубокой чувствительности противоположной стороны. В медиальной петле проводники глубокой чувствительности идут медиально, а поверхностной – латерально. На всем протяжении медиальной петли к различным образованиям гипоталамуса, ретикулярной формации, ядер черепных нервов отходят коллатерали.3-ие нейроны – нейроны бокового ядра зрительного бугра, аксоны которых образуют бугорно-корковые пучки, проходящие через заднюю ножку внутренней капсулы и направляющиеся в виде лучистости в постцентральную извилину и частично в верхнюю теменную дольку.В постцентральной извилине рецепторные поля противоположной половины тела проецируются в обратной последовательности (в верхнем отделе проецируются рецепторы кожи ноги, в среднем – туловища и руки, в нижнем – головы и шеи). |  |
| 2 | **Назовите:**Пути, проводящие глубокую чувствительность. |  |
|  | **Ответ:**1-ый чувствительный нейрон – псевдоуниполярный нейрон спинно-мозгового узла, периферические отростки которых начинаются в синовиальных оболочках суставов, суставных связках, сухожилиях мышц и мышцах и идут в составе периферических нервов, нервных сплетений, спинно-мозговых нервов к спинно-мозговым узлам, а центральные отростки в составе задних корешков, минуя задние рога, вступают в задний канатик своей стороны, образуя тонкий (медиальный – проводит импульсы от нижних отделов одноименной половины тела: ноги, таза, нижних отделов туловища) и клиновидный (латеральный – от верхнего отдела одноименной половины туловища: руки, грудной клетки, шеи) пучки. Пройдя СМ, пучки оканчиваются в одноименных ядрах продолговатого мозга.2-ые нейроны – клиновидное и тонкое ядра продолговатого мозга, аксоны которых совершают перекрест в межоливном слое и переходят на противоположную сторону продолговатого мозга, формируя медиальную петлю, поднимаются через верхнюю часть моста, ножки мозга и заканчиваются в боковом ядре зрительного бугра.3-ие нейроны – нейроны бокового ядра зрительного бугра, аксоны которых идут через заднюю ножку внутренней капсулы и в составе лучистого венца достигают постцентральной извилины и верхней теменной дольки. |  |
| 3 | **Перечислите:**Типы расстройств чувствительности. |  |
|  | **Ответ:**1. Периферический тип расстройства чувствительности – наблюдается при поражении периферических нервов и нервных сплетений, характеризуется расстройством всех видов чувствительности (т.к. в периферических нервах проходят проводники всех видов чувствительности). В связи с тем, что существуют анастомозы между нервами, зоны чувствительных расстройств намного меньшие по сравнению с зонами действительной иннервации конкретного нерва.2. Полиневритический (дистальный) тип расстройства чувствительности – наблюдается при множественном поражении периферических нервов, чувствительность нарушается в дистальных отделах рук и ног по типу “перчаток, чулок”3. Сегментарный (диссоциированный) тип расстройства чувствительности – наблюдается при поражении чувствительного аппарата спинного мозга (задний рог, белая спайка, задний корешок, спинальный ганглий) и чувствительных ядер черепных нервов мозгового ствола, поражается только болевая и температурная чувствительность, глубокая – сохраняется.4. Проводниковый тип расстройства чувствительности - наблюдается при поражении чувствительных проводящих путей, расстройства чувствительности обнаруживается книзу от уровня поражения; при этом глубокая чувствительность расстраивается на одноименной стороне, а поверхностная – на противоположной.5. Корковый тип расстройства чувствительности - характеризуется расстройством чувствительности на противоположной стороне тела по типу гемигипестезии или гемианестезии. Может наблюдаться не только симптоматика выпадения, но и раздражения участка коры, что проявляется сенсорными Джексоновскими припадками. |  |
| **Б.1.О.1.3** | **Методы исследования в неврологии** | **УК- 1,2,3,4,5 ОПК− 1,2,3,4 ПК− 1** |
| 1 | **Назовите:**Уровни замыкания глубоких сухожильных и периостальных рефлексов. |  |
|  | **Ответ:**Нижнечелюстной –МостЗапястно-лучевой (карпорадиальный) - С5-С8Сгибательно-локтевой (биципитальный) - С5-С6Разгибательно-локтевой (триципитальный) - С7-С8Коленный - L2-L4Ахиллов - S1-S2 |  |
| 2 | **Расскажите:**Какие рефлексы орального автоматизма Вы знаете? |  |
|  | **Ответ**:рефлексы орального автоматизма (причина – двустороннее поражение корково-ядерных путей): хоботковый – сокращение круговой мышцы рта при легком ударе молоточком по верхней или нижней губе;назолабиальный – сокращение мышц губ при постукивании молоточком по кончику носа; сосательный – сосательные движения губ при легком штриховом их раздражении; ладонно-подбородочный (Маринеску-Радовича) – сокращение подбородочной мышцы при штриховом раздражении кожи в области возвышения большого пальца. |  |
| 3 | **Назовите:** Патологические рефлексы стопы. |  |
|  | **Ответ:** патологические рефлексы стопы:1) разгибательные: симптом Бабинского – разгибание I пальца стопы в ответ на раздражение кожи подошвенной поверхности со сгибанием остальных пальцев или их веерообразным расхождением; симптом веера – веерообразное расхождение пальцев стопы при раздражении подошвы; симптом Оппенгейма – разгибание большого пальца стопы при скользящем и давящем сверху вниз движении I и II пальцев исследователя по переднему краю большеберцовой стопы; симптом Гордона – разгибание I пальца стопы при сжатии икроножной мышцы; симптом Шеффера – разгибание I пальца стопы при сдавлении ахиллового сухожилия.2) сгибательные: симптом Россолимо – сгибание II-V пальцев стопы в ответ на короткие быстрые удары по подушечкам ногтевых фаланг пальцами исследователя; симптом Бехтерева-Менделя – подошвенное сгибание II-V пальцев стопы при разгибании I пальца либо веерообразное расхождение их при поколачивании молоточком в области III-IV плюсневых костей; симптом Жуковского – подошвенное сгибание всех пальцев при ударе молоточком по переднему отделу подошвы.в) защитные рефлексы (возникают при поперечном поражении СМ, проявляются непроизвольными движениями парализованных конечностей): симптом Мари-Фуа-Бехтеревой – резкое массивное сгибание пальцев стопы вызывает непроизвольное сгибание ноги в коленном и тазобедренном суставах. |  |
| **Б.1.О.1.4** | **Принципы и методы лечения неврологических больных** | **УК- 1,2,3,4,5** **ОПК−1,2,5,6,8 ПК− 1,2,3,5,8** |
| 1 | **Назовите:**Виды лечебно-медикаментозных блокад |  |
|  | **Ответ:**В зависимости от локализации воздействия на нервные и тканевые структуры различают следующие виды блокад [Коган О.Г. и соавт., 1988]: - тканевые (в асептически-воспалительные изменённые, дистрофически изменённые, склерозированные ткани); - рецепторные (внугрикожные, в биологически активные точки, подкожные, внутримышечные, внутрисвязочные, периваскулярные); - претерминальные (в двигательные точки мышц); - проводниковые (пери — и параневральнын, пери — и эпидуральные, параваскулярные); - ганглионарные (интервертебрально-ганглионарные, трункусноган глионарные). Блокады могут быть однокомпонентные (новокаин, тримекаин, лидокаин, гидрокортизон, папаин, румалон и пр.) и многокомпонентные (новокаин + витамин В12 + АТФ; новокаин + лидаза + гидрокортизон; новокаин + платифиллин; спирт + новокаин и др.). Применяют как однократные, так и курсовые (ежедневные, чрездневные и др.) блокады, в ряде случаев — с использованием пролонгаторов, депо-препаратов). |  |
| 2 | **Укажите:**Показания и противопоказания к лечебной физической культуре |  |
|  | **Ответ:**Лечебная физическая культура – самостоятельная медицинская дисциплина, использующая средства физической культуры для профилактики обострений и лечения многих заболеваний и повреждений и восстановления трудоспособности. Лечебную физическую культуру следует рассматривать как один из элементов современного комплексного лечения. Под комплексным лечением понимаются индивидуально подбираемые лечебные методы и средства, обеспечивающие изменение реактивности организма в положительную сторону, улучшение и восстановление функций, пораженных болезнью органа или системы. Комплексное лечение воздействует не только на патологически измененные ткани, органы или системы органов, но и на весь организм в целом. Удельный вес различных элементов комплексного лечения зависит от периода и клинического течения болезни. В процессе клинического выздоровления и необходимости восстановления трудоспособности человека, перенесшего то или иное заболевание или повреждение, существенная роль в комплексном лечении принадлежит лечебной физической культуре, как методу функциональной терапии. Таким образом, по своему содержанию лечебная физическая культура является составной частью советской системы физического воспитания.*Показания к ЛФК*Лечебная физкультура применяется практически при любых недугах и травмах и не имеет возрастных и половых ограничений. Основными показаниями для ее использования считаются отсутствие, ослабевание или извращение функции, установившейся вследствие заболевания, повреждения, травмы или их осложнения при выполнении условия позитивной динамики в физическом состоянии и самочувствии больного. Стоит подчеркнуть, что эффект лечебной физкультуры в значительной степени повышается при более раннем и систематическом ее применении в комплексном всестороннем лечении и реабилитации.*Противопоказания к ЛФК*Противопоказаний для лечебной физкультуры, прямо скажем, мало и все они в большинстве своих случаев носят временный, непродолжительный и относительный характер. К общим противопоказаниям относятся:1. отсутствие контакта с больным вследствие нарушения психики;
2. острые инфекционные, а также воспалительные заболевания;
3. интоксикация;
4. ярко выраженный болевой синдром;
5. наружное или внутреннее кровотечение или угроза его появления;
6. тромбозы;
7. эмболии;
8. высокая температура тела;
9. повышенная СОЭ неизвестного происхождения;
10. артериальная гипертензия (при показателях свыше 200/120 мм рт. ст.);
11. злокачественные новообразования, опухоли (в фазе до радикальных методов лечения);
12. метастазы;
13. необратимые прогрессирующие заболевания;
14. присутствие инородного тела рядом с крупными сосудами или нервными стволами.

При назначении пациентам ЛФК нужно учитывать лимитирующие, сдерживающие, ограничивающие показатели и факторы риска. Их констатация позволяет уточнить методику и дозировку физической нагрузки при проведении занятий лечебной физкультурой. К таким ограничивающим факторам принято относить отклонения в физическом развитии и психическом состоянии, сопутствующие заболевания и осложнения, которые влияют на выбор физических упражнений при основном заболевании. Факторами риска считаются такие состояния, при которых больной может получить травму или повреждение в момент выполнения назначенных ему физических упражнений (остеопороз, неокрепшая костная мозоль, аневризма сердца или аорты и др.). |  |
| 3 | **Назовите:**Показания и противопоказания массажа |  |
|  | **Ответ:***Показания к проведению массажа:*1. Заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, инфаркт миокарда (в том числе в постоперационный период), заболевание вен и артерий.
2. Заболевания органов дыхания: фарингит, ангина, бронхиальная астма (не в острой стадии), ларингит, плеврит, ринит, хроническая пневмония и бронхит.
3. Заболевания опорно-двигательного аппарата: остеохондроз (всех отделов позвоночника), ревматоидный артрит, вывихи, растяжения связок, ушибы, переломы на всех стадиях заживления, искривление позвоночника, нарушение осанки, плоскостопие.
4. Заболевания и расстройства нервной системы: радикулиты, травмы нервной системы, нарушения мозгового кровообращения (последствия), невриты, детские церебральные параличи, невралгии.
5. Заболевания органов пищеварения (не в стадии обострения): гастриты, колиты, язвенная болезнь (если нет предрасположенности к кровотечению), заболевания печени и желчного пузыря.
6. Воспалительные заболевания мужских и женских половых органов: простатит, хронический уретрит, неправильные положения и смещения матки и влагалища, анатомическая неполноценность матки, боли в области крестца, копчика, и области матки и яичников в межменструальный период.

Также массаж применяют при: заболеваниях кожи (угревая сыпь, выпадение волос), болезнях уха, горла, носа, глаз, различных болях в спине, головной боли, нарушении сна и повышенной раздражительности, половой слабости, при зубной боли, а также в случае нарушения обмена веществ (целлюлит, излишняя полнота, подагра, диабет) [5, с. 34].*Противопоказания к проведению массажа*Противопоказания к проведению массажа (самомассажа) можно разделить на три группы: временные, локальные и абсолютные.*Временные противопоказания* носят временной характер, и после того как воспалительные процессы угасают и исчезают патологические признаки, можно проводить сеансы массажа. К таким противопоказаниям относятся:1. Заболевания кожи, ногтей и волосистой части имеющие инфекционную, грибковую или невыясненную этиологию (причины и условия возникновения болезней), различные кожные высыпания, поражения кожи в острой стадии воспаления;
2. Гнойные процессы, воспаления лимфатических узлов и сосудов;
3. Кровоизлияние, кровотечение (носовое, кишечное, маточное);
4. Острые лихорадочные состояния, высокая температура тела, острые воспалительные процессы;
5. Острый гипертонический или гипотонический криз;
6. Боли в области сердца;
7. Острые респираторные заболевания (в течении 2-5 дней после них);
8. Общие тяжёлые состояния при различных заболеваниях и травмах;
9. Алкогольное опьянение.

*Локальные* – это противопоказания имеющие отношение к отдельным участкам тела. К ним относятся:1. Бородавки, повреждения или раздражения кожи, ссадины и трещины;
2. Псориаз, нейродермиты, экземы;
3. Локальное увеличение и болезненность лимфоузлов;
4. Значительное варикозное расширение вен с трофическими нарушениями;
5. Заболевание молочных желез (мастопатия);
6. Поясничная зона и живот при диагностированной кисте яичника;
7. Болезненные ощущения при пальпации (ощупывание) живота, заболевание органов брюшной полости со склонностью к кровотечению, после кровотечений в связи с язвенной болезнью, а также вызванных заболеваниями женской половой системы, менструация, беременность;
8. У женщин - 2 месяца в течении послеродового и после абортного периода.

*Абсолютные* – это противопоказания, при которых массаж не назначают в связи с высокой вероятностью ухудшения здоровья человека:1. Доброкачественные и злокачественные опухоли различной локализации;
2. Гангрена, остеомиелиты, трофическая язва;
3. Болезни крови, атеросклероз периферических сосудов, тромбозы;
4. Тромбофлебиты;
5. Психические заболевания с чрезмерным возбуждением, значительно изменённой психикой;
6. Почечная и печёночная недостаточность;
7. Активные формы туберкулёза;
8. Венерические заболевания.
 |  |
| **Б.1.О.1.5** | **Заболевание периферической нервной системы. Болезни мышц и нервно-мышечной передачи** | **УК 1,24,5** **ОПК 1,2,4,5,6,7,8,9,10ПК 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Уровни замыкания глубоких сухожильных и периостальных рефлексов |  |
|  | **Ответ:**Нижнечелюстной –МостЗапястно-лучевой (карпорадиальный) - С5-С8Сгибательно-локтевой (биципитальный) - С5-С6Разгибательно-локтевой (триципитальный) - С7-С8Коленный - L2-L4Ахиллов - S1-S2 |  |
| 2 | **Укажите:**Какие рефлексы орального автоматизма Вы знаете? |  |
|  | **Ответ**:рефлексы орального автоматизма (причина – двустороннее поражение корково-ядерных путей): хоботковый – сокращение круговой мышцы рта при легком ударе молоточком по верхней или нижней губе; назолабиальный – сокращение мышц губ при постукивании молоточком по кончику носа; сосательный – сосательные движения губ при легком штриховом их раздражении; ладонно-подбородочный (Маринеску-Радовичи) – сокращение подбородочной мышцы при штриховом раздражении кожи в области возвышения большого пальца. |  |
| 3 | **Назовите:**Патологические рефлексы стопы |  |
|  | **Ответ:** патологические рефлексы стопы:1) разгибательные: симптом Бабинского – разгибание I пальца стопы в ответ на раздражение кожи подошвенной поверхности со сгибанием остальных пальцев или их веерообразным расхождением; симптом веера – веерообразное расхождение пальцев стопы при раздражении подошвы; симптом Оппенгейма – разгибание большого пальца стопы при скользящем и давящем сверху вниз движении I и II пальцев исследователя по переднему краю большеберцовой стопы; симптом Гордона – разгибание I пальца стопы при сжатии икроножной мышцы; симптом Шеффера – разгибание I пальца стопы при сдавлении ахиллового сухожилия.2) сгибательные: симптом Россолимо – сгибание II-V пальцев стопы в ответ на короткие быстрые удары по подушечкам ногтевых фаланг пальцами исследователя; симптом Бехтерева-Менделя – подошвенное сгибание II-V пальцев стопы при разгибании I пальца либо веерообразное расхождение их при поколачивании молоточком в области III-IV плюсневых костей; симптом Жуковского – подошвенное сгибание всех пальцев при ударе молоточком по переднему отделу подошвы.в) защитные рефлексы (возникают при поперечном поражении СМ, проявляются непроизвольными движениями парализованных конечностей): симптом Мари-Фуа-Бехтеревой – резкое массивное сгибание пальцев стопы вызывает непроизвольное сгибание ноги в коленном и тазобедренном суставах. |  |
| **Б.1.О.1.6** | **Инфекционные заболевания центральной нервной системы**  | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Расскажите:**Клинику менингеального синдрома |  |
|  | **Ответ:** Складывается из общемозговых и собственно менингеальных симптомов.А) Общемозговые:1. интенсивная диффузная головная боль2. внезапная, интенсивная («фонтаном»), не приносящая облегчения рвота без тошноты3. общая гиперестезия (тактильная, зрительная, звуковая)4. несистемное головокружение5. нарушение сознания разной степени, бред, галлюцинации6. возможны генерализованные или фокальные эпилептические проявленияБ) Менингеальные:1. ригидность мышц затылка2. симптом Кернига: невозможность разгибания в коленном суставе ноги, предварительно согнутой в тазобедренном и коленном суставах3. верхний симптом Брудзинского: при пассивном приведении головы к груди в позе лежа на спине происходит сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах4. средний симптом Брудзинского: при надавливании на область лонного сочленения наблюдается сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах5. нижний симптом Брудзинского: при проверке симптома Кернига происходит непроизвольное сгибание другой ноги в тех же суставах6. усиление головной боли при пригибании головы к груди7. симптом Лобзина: появление боли при надавливании на переднюю стенку наружного слухового прохода изнутри8. симптом Керера: появление боли при надавливании в точке выхода затылочного нерва9. симптом Флатау: расширение зрачков при наклоне головы вперед10. симптом Бехтерева: перкуссия по скуловой дуге усиливает головную боль и вызывает сокращение мимических мышц11. симптом Пулатова (краниофасциальный рефлекс): болезненная гримаса при перкуссии черепа12. симптом подвешивания Лесажа: если ребенка с менингитом поднять за подмышки, то но подтягивает ноги к животу и удерживает их в этом положении13. напряжение и выпячивание большого родничка при пальпации, звук «треснувшего горшка» при перкуссии у грудных детей14. поза «легавой собаки»: запрокинутая назад голова, ноги подтянуты к животу |  |
| 2 | **Назовите:**Клинику и диагностику вторичного гнойного менингита. |  |
|  | **Ответ:** является осложнением ряда хронических инфекций (пневмонии, отита, абсцесса, остеомиелита черепа), переломов костей основания черепа и т.д.Клиника: острое развитие, гипертермия, головная боль, светобоязнь, менингеальные симптомы, изменения в цереброспинальной жидкости – нейтрофильный плеоцитоз, гиперальбуминоз, понижение сахара и т. д. (картина похожа на симптоматику цереброспинального менингита) + тяжелое септическое состояние с резким обезвоживанием организма, желудочно-кишечными расстройствамиДиагностика: решающим являетсяа. наличие воспалительного очага (отита, гайморита, фурункулеза)б. исследование ликвора (обнаружение соответствующего возбудителя в ликворе больного)в. положительная серологическая реакция (ее значение особенно велико, так как она показывает нарастание титра антител именно к возбудителю, вызвавшему менингит у больного) |  |
| 3 | **Назовите:**Особенности ликвора при туберкулезном менингите |  |
|  | **Ответ:** Глюкоза, ммоль/л - резко снижена на 2-3-й неделеФибриновая пленка при стоянии в течении 24 ч – нежная "паутинная" пленкаДавление, мм вод. ст. - умеренно повышеноПрозрачность - опалесцирующийЦвет - бесцветный, иногда ксантохромныйЦитоз, Х106/л - <800Нейтрофилы, % - 10-40Лимфоциты, % - 60-90Эритроциты, Х106/л может быть повышеноБелок, г/л- 0,5-3,3 |  |
| **Б.1.О.1.7** | **Сосудистые заболевания нервной системы** | **УК- 1,3,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5.6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Классификацию нарушений мозгового кровообращения (нмк) |  |
|  | **Ответ:** I. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения (медленно прогрессирующее нарушение мозгового кровообращения) Дисциркуляторная энцефалопатия (1, 2-я и 3-я стадии)II. Острое нарушение мозгового кровообращения1. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПМНК)1.1. Транзиторные ишемические атаки (ТИА)1.2. Гипертонические церебральные кризы2. Инсульты2.1. Ишемические2.2. Геморрагические (паренхиматозные, оболочечные, паренхиматозно-оболочечные)3. Острая гипертоническая энцефалопатия |  |
| 2 | **Опишите:**Клинику геморрагического инсульта |  |
|  | **Ответ:** а) паренхиматозного: острое развитие; сочетание общемозговых и очаговых симптомов; внезапно появляется головная боль, рвота, нарушение сознания, тахипноэ, тахикардия, гемипарез и гемиплегия; АД повышено, пульс напряжен; характерный внешний вид больного (закрытые глаза, гиперемия кожных покровов, повышенная потливость, анизокория – зрачок расширен на стороне поражения); к концу первых суток появляются менингеальные симптомы; повышается температура тела до 39С, в крови – лейкоцитоз, агрегация тромбоцитов снижаетсяб) субарахноидальный: острое развитие при физическом или эмоциональном напряжении; внезапная острая головная боль и ощущение распространения горячей жидкости, затем боль в области шеи, спины, иногда ногах; многократная рвота с последующей потерей сознания; могут быть эпиприпадки; менингеальный симптомокомплекс; психомоторное возбуждение различной степени выраженности; повышение температуры до 38-39С; ряд симптомов внутричерепной гипертензии с затруднением венозного оттока от ГМ и изменениями на глазном днев) внутрижелудочковое кровоизлияние: острое начало; расстройство сознания и дыхания (шумное хрипящее дыхание Чейна-Стокса, быстрое развитие сопора, комы); напряженный учащенный пульс; повышение температуры до 39-40С; ознобоподобный тремор; обильное потоотделение; кровь в ликворе; очаговые симптомы выражены меньше общемозговых; самый характерный симптом – горметония – приступы тонического напряжения мышц, сменяющиеся их гипотонией |  |
| 3 | **Назовите:**Очаговую симптоматику различных видов геморрагического инсульта |  |
|  | **Ответ:** определяется их локализацией:а) каротидный бассейн:1. оптико-пирамидный симптом – паралич половины тела, сочетающийся со снижением зрения или слепотой на противоположный глаз2. контралатеральный центральный гемипарез3. контралатеральная гемианестезия (гемигипестезия)4. контрлатеральный гемигиперкинез (гемипаркинсонизм)5. синдром поражения внутренней капсулы (см. вопрос 33)6. при нарушении кровотока в левом каротидном бассейне у правшей – нарушение высших мозговых функций в виде афазии, аграфии, апраксии, акалькулии (расстройство способности оперировать цифрами), алексии (утрата способности читать)7. контралатеральные парезы, параличи взора – больной насильственно смотрит на полушарный очаг поражения8. при нарушении кровотока в бассейне обеих каротидных артерий – псевдобульбарный синдром (см. вопрос 22)б) вертебро-базиллярный бассейн:1. стволовые симптомы (бульбарные параличи, альтернирующие синдромы, системное головокружение)2. статическая и динамическая атаксия3. контралатеральная гемианопсия (при поражении задней мозговой артерии) |  |
| **Б.1.О.1.8** | **Вегетативные и нейроэндокринные расстройства** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Классификацию вегетативных дисфункций |  |
|  | **Ответ:**Классификация вегетативных дисфункций (всех): клинико-патогенетическая форма - нейроциркуляторная дисфункция, вегетососудистая дисфункция, вегето-висцеральная дисфункция, пароксизмальная вегетативная недостаточность.Вегетососудистая дисфункция - клинико-патогенетическая форма вегетативных дисфункций, клинические проявления которой связаны с нарушением нейрогуморальной регуляции сердечной деятельности и системного кровообращения, в результате функционального повреждения вегетативных структур раз личного уровня. + по уровню, по характеристике вегетативного гемостаза, вегетативной обеспеченности как в классификации ВСД.Классификация вегетососудистой дисфункции: По уровню поражения - надсегментарные и сегментарные. По характеристике вегетативного гемостаза - исходный вегетативный тонус (амфотония, ваготония, симпатикотония), вегетативная реактивность (нормальная, гипер-, астено-симпатикотоническая, гипердиастолическая). Вегетативная обеспеченность (нормальная, недостаточная, избыточная). Клинические типы - гипертензивный, гипотензивный, кардиальный, смешанный. |  |
| 2 | **Назовите:**Диагностические критерии соматоформной вегетативной дисфункции. Принципы лечения, немедикаментозная и медикаментозная терапия |  |
|  | **Ответ:**Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – группа расстройств, проявляющихся симптомами поражения внутренних органов или систем органов, однако не имеющих объективно регистрируемой основы. Жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены физическим расстройством той системы или органа, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы, т.е. сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной или дыхательной системы.*Диагностические критерии «соматоформной вегетативной дисфункции»:*• хронические симптомы вегетативного возбуждения, которые причиняют беспокойство;• дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе;• озабоченность и тревога по поводу возможного серьезного (но часто неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения врачей на этот счет остаются бесплодными;• отсутствуют данные о существенном морфофункциональном нарушении данного органа или системы.У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются связанными с расстройством. Тем не менее, у значительной части больных, отвечающих критериям данного расстройства, отягощающие психологические факторы не выявляются.В некоторых случаях могут присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но они (сами по себе) не нарушают основного физиологического функционирования соответствующего органа или системы и не указывают на их (затрагиваемого органа или системы) органическое расстройство.*Принципы терапии:*• этапность (предусматривает ведение больных в соответствии с показаниями на амбулаторном, стационарном, санаторно-курортном уровнях);• дифференцированность (предполагает целевое применение терапевтических методов конгруэнтно ведущему клиническому синдрому с этиопатогенетическим соответствием основному системно-органному поражению);• комплексность (включает обязательное сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов терапии);• конечная социальная направленность результатов (максимальное восстановление уровня социального функционирования больного и поддержание качества его жизни).Основная роль в лечении принадлежит психотерапии. Фармакотерапия имеет цель создать возможности психотерапии и проводится для коррекции сопутствующих симптомов. Выбор лекарственных средств в каждом случае определяется особенностями симптоматики и сопутствующих проявлений.Для фармакотерапии используются следующие группы лекарственных средств: лекарственными средствами первого выбора являются антидепрессанты (трициклические и группы СИОЗС); лекарственными средствами второго выбора являются бета-блокаторы и нормотимики; на начальных этапах лечения возможно сочетание антидепрессанта с бензодиазепином; также используются нейролептики с седативным эффектом, как лекарственные средства резерва при выраженной тревоге, которую не удается купировать бензодиазепинами. Кроме того, терапию соматоформных расстройств необходимо дополнить вазоактивными, ноотропными препаратами и вегетостабилизаторами. В дополнение к основным методам терапии используется физиотерапия и акупунктура. |  |
| 3 | **Перечислите:**Виды нейроэндокринных синдромов |  |
|  | **Ответ:**1. Предменструальный синдром.
2. Послеродовый нейроэндокринный синдром (ПНЭС, послеродовое ожирение).
3. Послеродовый гипопитуитризм (синдром Шихана).
4. Гиперпролактинемия.
5. Климактрический синдром.
6. Болезнь поликистозных яичников.
7. Посткастрационный синдром.
 |  |
| **Б.1.О.1.9** | **Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы** | **УК-2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:** Клинику и патогенез прогрессирующих мышечных дистрофий Дюшена и Беккера |  |
|  | **Ответ:** Миодистрофия Дюшена.Наследуется по рецессивному типу, сцепленному с Х-хромосомой.Патогенез: мутации (чаще делеция) приводят к отсутствию дистрофина в мембране мышечных клеток и изменению сарколеммы; это способствует выходу кальция и ведет к гибели миофибриллКлиника: характерно раннее начало и злокачественное течение, болеют преимущественно мальчики; первый признак – уплотнение и увеличение икроножных мышц, постепенное увеличение их объема за псевдогипертрофии (жирового перерождения); процесс носит восходящий характер; характерна "утиная походка" (за счет слабости ягодичных мышц), феномен Транделенбурга (наклон таза в сторону неопорной ноги), феномен Дюшена (компенсаторный наклон туловища в противоположную сторону); часто выраженный лордоз, крыловидные лопатки, типичные мышечные контрактуры, рано выпадают коленные рефлексы; изменения в костной системе; снижения интеллекта; эндокринные расстройстваМиодистрофия Беккера.Наследуется по рецессивному типу, сцепленному с Х-хромосомой.Патогенез: как в предыдущей форме, но количество дистрофина не отсутствует, а сниженоКлиника: похожа на миодистрофию Дюшена, отличается более поздним началом, доброкачественным течением, сохранением интеллекта, отсутствием изменений со стороны эндокринной системы |  |
| 2 | **Опишите:** Дистальную миодистрофию – клиника и диагностика |  |
|  | **Ответ:**  Наследуется по аутосомно-доминантному или аутосомно-рецессивному типу.Несколько форм: грудного возраста, детского, взрослогоа) грудная форма: слабость мышц-разгибателей кисти, шлепающая стопа; интеллект и чувствительность сохраненыб) детская форма (после 4-х лет жизни): слабость разгибателей пальцев стоп, сгибателей шеи, слабость разгибателей пальцев кисти при относительно сохраненных сгибателях; интеллект и чувствительность сохраненыв) зрелая форма (типы Виландера, Микоши, после 20 или после 40 лет): парезы и атрофия мышц предплечья, голеней, стоп; затруднения при выполнении тонких движений; выпадение дистальных сухожильных рефлексов (коленных и биципитальных); деформация позвоночника; фибриллярные и фасцикулярные подергивания мышцДиагностика:1. биохимическое исследование: повышение КФК в крови при некоторым ПМД2. электромиография, электронейромиография3. мышечная биопсия4. ДНК-диагностика (ПЦР) |  |
| 3 | **Назовите:** Клинические формы болезни Шарко-Мари-Тута |  |
|  | **Ответ:** Выделяют демиелинизирующий тип болезни (ШМТ1) и аксональный (ШМТ2). При аксональном типе первыми поражаются аксоны; нет снижения скорости проведения импульса по нервным волокнам; наследуется позже; деформация стоп выражена меньше; нет выраженного расстройства чувствительности в дистальных отделах ног.Клиника: атрофия начинается в мелких мышцах стоп (полая стопа с высоким сводом, экстензией основных и флексией концевых фаланг - стопа Фридрейха), затем атрофируются мышцы голеней и дистальных отделов бедер (бутылкообразное бедро); больной ходит, высоко поднимая колени (степпаж), развивается ротация стоп наружу; угасают сухожильные рефлексы (чаще Ахиллов); характерно несоответствие между атрофией мышц и сохранностью двигательных функций; позднее появляются аналогичные изменения в мелких мышцах кистей рук, предплечий; характерны дистальные расстройства чувствительности по типу перчаток и носков; могут появляться боли и парестезии, снижение глубокой чувствительности (за счет поражения задних столбов СМ); симптом топтания (больные устают при стоянии на одном месте, поэтому часто прибегают к ходьбе на месте) |  |
| **Б.1.О.1.10**  | **Травматическое поражение нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:** Классификацию ЗЧМТ по тяжести  |  |
|  | **Ответ:** Условно можно распределить различные виды закрытых ЧМТ по степени тяжести:1. Легкая ЧМТ:а) сотрясение головного мозга;б) ушиб головного мозга легкой степени;2. ЧМТ средней степени тяжести:а) ушиб мозга средней степени тяжести;б) подострое и хроническое сдавление мозга;3. Тяжелая ЧМТ:а) ушиб мозга тяжелой степени;б) диффузное аксональное повреждение мозга;в) острое сдавление мозга; г) сдавление головы |  |
| 2 | **Опишите:** Особенности клинических проявлений черепно-мозговой травмы у лиц пожилого возраста |  |
|  | **Ответ:** 1. ЧМТ у пожилых протекают более тяжело за счет таких факторов, как хрупкость костей черепа, снижение гидрофильности тканей и реактивности сосудистой стенки, а также за счет сопутствующих заболеваний (атеросклероз, АГ).2. Факт получения травмы лицами пожилого возраста значительно реже сопровождается утратой сознания, что затрудняет диагностику.3. В момент получения травмы и непосредственно после нее на первый план выступает общемозговая симптоматика (резко и стойко держится головокружение и тошнота с рвотой, а в последующем - головная боль).3. Очаговая симптоматика у пожилых характеризуется повышением сухожильных рефлексов (особенно коленных) с анизорефлексией, иногда с патологическими стопными знаками даже при "легких" формах ЧМТ. Также могут быть симптомы орального автоматизма, стволовые проявления. Очаговые симптомы более стойки, чем общемозговые и наблюдаются длительно4. При травматических внутричерепных гематомах за счет больших резервных пространств мозга в результате его возрастной атрофии может отсутствовать очаговая неврологическая симптоматика. В этих и других случаях нередко на первый план выступают различные психические нарушения: спутанность сознания, делириозное помрачение сознания, грубый амнестический синдром. Ярко обостряются эмоционально- личностные особенности больных; они становятся раздражительными, требовательными, капризными.5. При субарахноидальных гематомах менингеальный синдром выражен слабо или не выражен, а при люмбальной пункции характерна гипо - и нормотензия. |  |
| 3 | **Опишите:**Клинику ушиба головного мозга |  |
|  | **Ответ**:Клиника: очаговые + общемозговые симптомы, которые зависят от локализации, размера и тяжести ушибаа) ушиб лобной доли: парезы и параличи конечностей (чаще моно-); моторная афазия; нарушение сочетанного поворота головы и глаз; лобная психика; хватательные рефлексыб) ушиб теменной доли: расстройства чувствительности, схемы тела; апраксии; астереоагнозия (утрата способности узнавать предметы на ощупь)в) ушиб височной доли: сенсорная или амнестическая афазияг) ушиб затылочной доли: зрительные расстройства (гемианопсия, зрительная агнозия)д) ушиб основания мозга: расстройства сознания, дыхания, сердечной деятельности, терморегуляциие) ушиб мозгового ствола: расстройства дыхания и сердечной деятельности |  |
| **Б.1.О.1.11** | **Опухоли центральной нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Классификацию опухолей головного мозга |  |
|  | **Ответ:**По локализации ОГМ:1. супратенториальные (полушарные, внутрижелудочковые, подкорковые и другие)2. опухоли гипофизарной области (гипофиз, турецкое седло)3. субтенториальные (мозжечок, мозговой ствол, четвертый желудочек и другие)Гистологическая классификация:1. менингососудистые опухолиа. менингиома (арахноидэндотелиома)б. ангиоретикулома2. опухоли нейро-эктодермального происхожденияа. астроцитомаб. олигодендроглиомав. мультиформная глиобластома (спонгиобластома)г. медуллобластомад. эпендимомае. пинеаломаж. невринома3. гипофизарные опухоли4. метастатические опухоли |  |
| 2 | **Опишите:**Симптомы опухолей головного мозга |  |
|  | **Ответ:**1. общемозговые – обусловлены повышением ВЧД, нарушением кровообращения и ликвородинамики, отеком мозга, интоксикацией:* головная боль: диффузная или местная, постоянная или приступообразная; диффузная головная боль тупая и распирающая, местная – сверлящая, пульсирующая; боли усиливаются ночью или утром, связаны с повышением ВЧД
* рвота, не связанная с приемом пищи и болями в животе, развивается в связи с раздражением рвотного центра на дне четвертого желудочка
* застойные диски зрительных нервов: обусловлены внутричерепной гипертензией, острота зрения вначале нормальная, затем снижается, субъективно затуманивание зрения
* головокружение: из-за повышения ВЧД или поражения предверных ядер; ощущение вращения предметов и неустойчивости положения, тошнота, вегетососудистые пароксизмы
* общие эпилептические припадки
* психические расстройства: оглушенность, сопор, кома; расстройства памяти, мышления, поведения, характера и психики
* возможны изменения дыхания, сердечно-сосудистой деятельности
* синдром повышенного ВЧД: при люмбальной пункции ликвор вытекает под повышенным давлением, иногда струей

2. очаговые – связаны с непосредственным воздействием опухоли на участки мозга, где она развивается |  |
| 3 | **Дайте понятие**:Инциденталома надпочечника |  |
|  | **Ответ:** Классификация: различают инциденталому – опухоль, случайно выявленная при обследовании не по поводу надпочечниковой патологии, не ограниченная никакими функциональными рамками, строгими критериями тканевой принадлежности и т.д. Выявленное образование может оказаться как гормонально-неактивным, так и активно продуцирующим различные гормоны, может исходить из различных зон надпочечника или иметь неспецифическую органную принадлежность, может быть как злокачественным, так и доброкачественным |  |
| **Б.1.О.1.12** | **Неотложные состояния в неврологии** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2.3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите:**Клинику эпилептического статуса |  |
|  | **Ответ:**ЭС – серия судорожных припадков, следующих один за другим с интервалом в несколько минут, может длиться несколько часов. Опасен для жизни вследствие возможности ущемления ствола мозга из-за отека ГМ.Различают ЭС:а) судорожный – осложнение генерализованных тонико-клонических припадковб) без судорожный – осложнение абсансов или сложных парциальных припадковЭС возникает чаще у людей, длительно болеющих эпилепсией или провоцируется массивными эндо- и экзогенными вредностями (алкоголь).Причины развития эпилептического статуса.Неадекватное лечение эпилепсии.Резкое снижение дозы противосудорожных средств.Присоединение интеркуррентных заболеваний (инфекции, интоксикации, ЧМТ).Припадки других, не связанных с эпилепсией, заболеваний мозга (гематомы, опухоли, воспаления).Формы эпилептического статуса.Статус тонико-клонических судорог.Статус Джексоновских припадков.Статус абсансов.Статус психомоторных припадков. |  |
| 2 | **Назовите:**Виды осложнения мигрени |  |
|  | **Ответ**:Мигренозный статус – типичный изнуряющий приступ мигрени, длящийся более 72 часов, на протяжении которого допускаются ремиссии до 12 часов, связанные со сном или действием препаратов.Персистирующая аура без инфаркта – один или несколько симптомов ауры, возникающие у пациентов более одной недели, без радиографических признаков инфаркта мозга. Мигренозный инфаркт (инсульт) – сочетание одного или более симптомов мигренозной ауры с ишемическим повреждением мозга, подтвержденным нейровизуализационными методами. Истинный мигренозный инфаркт развивается на фоне типичного приступа мигрени с аурой, причем один или несколько симптомов ауры имеют продолжительность более 60 минут. Мозговые инфаркты, не совпадающие по времени с приступом мигрени с аурой, не могут быть отнесены к мигренозным инфарктам. Мигренозная аура – триггер эпилептического припадка – эпилептический приступ, возникающий во время приступа мигренозной ауры или в течение 1 часа после него. |  |
| 3 | **Опишите:**Клиническое обследование при нарушении бодрствования |  |
|  | **Ответ**:Тщательный сбор анамнезаНачало: острое (цереброваскулярная патология, интоксикация, эпилепсия), постепенное приступообразное.• Подобные эпизоды в анамнезе.• Употребление наркотических веществ, алкоголя, лекарственных препаратов.• Предшествующая травма.• Головная боль (ДД: внутримозговое кровоизлияние [ВМК], менингит, энцефалит, абсцесс мозга, нарушение тока ликвора, тромбоз венозного синуса, синдром задней обратимой энцефалопатии [PRES] или гипертензивная энцефалопатия, инфаркт гипофиза).• Лихорадка (ДД: менингит, энцефалит, септическая энцефалопатия, септический тромбоз венозного синуса, нейросифилис; гипертермия при кровоизлиянии в мост, антихолинергический синдром, абстинентныйсиндром, серотониновый синдром, злокачественный нейролептический синдром, тиреотоксикоз).• Сопутствующие неврологические симптомы (паралич взора, миоклонус, признаки поражения ствола мозга, спутанность сознания, гемисимптоматика).• Предшествующие заболевания, иммуносупрессия.Тщательное исследование неврологического статуса с определением вида афазии (анализ спонтанной речи, называние предметов, повторение речи, понимание речи, чтение и написание).• Шкала NIHSS (описание рисунка, предметов, чтение, построение полного предложения, следование инструкциям).• Ахенский тест для выявления афазии: спонтанная речь, лексемный тест (Token test), воспроизведение слов, письменная речь, называние предметов, понимание речи; длительность тестирования составляет примерно 60–90 мин, не подходит в условиях экстренной ситуации, в основном используется в практике логопедов.• Лабораторная диагностика: рутинная (обратить внимание на электролиты, ГПК, уровень CРБ), при необходимости – исследование ликвора• Нейровизуализация: КТ головного мозга, а в экстренной ситуации, если нужно и есть возможность, то и МРТ.• При необходимости – ЭЭГ. |  |
| **Б.1.О.1.13** | **Психоневрология и соматоневрология** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Классификацию эпилепсии и эпилептических припадков |  |
|  | **Ответ:** Классификация эпилепсии:1. Первичная (идиопатическая) 2. Вторичная (симптоматическая)Классификация эпилептических припадков:1. Парциальныеа. простыеб. сложныев. с вторичной генерализацией2. Генерализованныеа. тонико-клоническиеб. тоническиев. клоническиег. миоклоническиед. абсансовыее. атонические |  |
| 2 | **Опишите:**Клинику парциальных припадков. |  |
|  | **Ответ:** Клиника простых парциальные припадков: начинаются локально без нарушения сознания; различные симптомы в зависимости от локализации очага эпилепсии:а) моторные припадки (Джексоновские) – вызываются разрядами в какой-либо части коры; приступы судорог в группе мышц противоположной стороны расположения эпилептического очага; эти судороги могут распространяться на соседние мышцы в порядке, обусловленным особенностями топики в проекционных зонах коры (Джексоновский марш: судороги в лице распространяются на пальцы кисти, кисть, затем надплечье, плечо); могут быть окулоклонические (нистагм), глазодвигательные (отведения головы и глаз), вращательные (поворот туловища вокруг своей оси) припадкиб) сенсорные припадки: соматосенсорные (Джексоновские припадки с парестезиями), зрительные (фотопсии, скотомы, амавроз, искажение восприятия – иллюзии, галлюцинации, макропсии, микропсии), слуховые (шум, звон, свист, искажение восприятия – усиление или ослабление звуков), обонятельные (ощущение неприятного запаха), вкусовые (привкус металла во рту), вестибулярные (ощущения падения, качания, системного головокружения), вегетативные висцеральные (тошнота, бледность, покраснение лица, гипергидроз, мидриаз, удушье, сердцебиение)2. Клиника сложных парциальных припадков: сопровождаются некоторым нарушением сознания; начинаются с ауры – предвестника эпиприпадка (тошноты, слабости, головокружения, онемения губ, болей в груди и т.д., ощущение нереальности, слуховые или зрительные галлюцинации); при локализации очага эпилепсии (ОЭ) в височной области – оральный автоматизм (жевание, чмокание губами, облизывание губ, насильственное глотание), словесные, амбулаторные (больные могут передвигаться на большие расстояния), эмоциональные (неприятные переживания, тревога, эйфория) расстройства3. Клиника парциальных припадков с вторичной генерализацией: вначале возникает парциальный припадок, который затем переходит в генерализованный. |  |
| 3 | **Опишите:** Клинику генерализованных припадков. |  |
|  | **Ответ:** Генерализованные припадки.В процесс вовлекаются оба полушария ГМ. Вначале приступа утрачивается сознание, аура отсутствует.1. Тонико-клонические (большие) – имеется периодизация с циклом сна-бодрствования, месячных и т.д.; 4 фазы течения:а) фаза предвестников: больной теряет сознание, падает, как подкошенный, расширяются зрачкиб) тоническая фаза припадка (10-20 сек): тоническое сокращение всех мышечных групп, глазные яблоки дивергируют и отходят вверх, мидриаз отсутствие реакции зрачков на свет, при прохождении воздуха через спазмированную голосовую щель – эпилептический крик, задержка дыхания при вдохев) клоническая фаза (1-5 мин): клонический храп, прикус языка, тяжелые вегетативные расстройства (усиленная саливация – пена изо рта, потливость, усиление выделения трахеобронхиальной слизи); дыхание становиться прерывистым, что приводит к длительной гипоксииг) послеприпадочная фаза (кома, 5-15 мин): непроизвольное мочеиспускание, отсутствие зрачковых и роговичных рефлексов, оживление глубоких рефлексовПосле восстановления сознания жалобы на головную боль, боли в мышцах, полная амнезия на период припадка2. Тонические – только тоническая фаза3. Клонические – только клоническая фаза3. Миоклонические – характерны внезапные сокращения мышц; миоклонические подергивания охватывают как все мышцы, так и часть их4. Абсансные (малые) - в пер. отсутствие; внезапное и кратковременное (до 30 с) выключение или угнетение сознания; отсутствующий взгляд, прерывание текущей деятельности, покраснение или побледнение лица, умеренный мидриаз; приступ заканчивается также внезапно, как и начался; абсансам никогда не предшествует аура; имеют характерные изменения на ЭЭГ (пик-волна)5. Атонические (малые моторные) – внезапное ослабление постурального тонуса с невозможностью удерживать голову, возможно падение на полПри абсансах и сложных парциальных припадках возникают психические нарушения, приводящие к деградации личности (слащавость, угодливость, упорство, подчеркнутая аккуратность, вспыльчивость и т.д.) |  |
| **Б.1.О.1.14** | **Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите:**Клинику рассеянного склероза |  |
|  | **Ответ:** 1. поражение пирамидных путей: центральные парезы (наиболее часто нижних конечностей), повышение глубоких и снижение поверхностных рефлексов, НО снижение мышечного тонуса (из-за поражения задних столбов СМ и/или проводящих путей мозжечка)2. поражение связей мозжечка: нарушение походки и равновесия, статическая и динамическая атаксия, дисметрия (нарушение оценки расстояния), асинергия (утрата содружественных движений), интенционный тремор, мимопопадание, скандированная речь3 поражение черепных нервов (чаще I, III, IV, VIII)4. нарушение глубокой и поверхностной чувствительности: парестезии, расстройства болевой чувствительности, проводниковые расстройства, нарушение мышечно-суставного чувства и сенсорная атаксия5. нарушения функции тазовых органов: императивные позывы, учащение или задержка мочеиспускания, запоры, сексуальные расстройства6. нарушение зрение: снижение остроты, концентрическое сужение полей зрения, скотомы7. нервно-психологические нарушения: снижение интеллекта, расстройства поведения (апатия, депрессия)8. симптом Лермитта: кратковременное чувство прохождения электрического тока через позвоночник с иррадиацией в верхнюю и нижнюю конечности при наклоне головы вперед9. симптом Уотхофа: после приема горячей ванны или при утомлении временно усиливается неврологический дефект |  |
| 2 | **Назовите:**Классификацию рассеянного склероза |  |
|  | **Ответ:** Типы течения рассеянного склероза:Ремитирующий рассеянный склероз (РРС) – тип течения РС, характеризующийся наличием обострений, между которыми не отмечается прогрессирование инвалидизации. В период ремиссии могут иметься признаки стойкого неврологического дефицита.Вторично-прогрессирующий рассеянный склероз (ВПРС) – тип течения РС, возникающий после периода, ремитирующего РС и характеризующийся наличием подтвержденного прогрессирования инвалидизации, независимого от обострений. Первично-прогрессирующий РС (ППРС) – тип течения РС, характеризующийся подтвержденным прогрессированием инвалидизации с момента появления первых симптомов заболевания, с возможными периодами стабилизации состояния, во время которых не происходит нарастания неврологического дефицита. Достаточным считается непрерывное нарастание симптомов в течение 1 года, для диагностики используется специальный раздел критериев МакДональда 2017 года.Классификация типов течения заболевания:1. неактивный РС (без обострений и без признаков активности РС по данным МРТ),
2. активный РС (наличие обострений или признаков активности РС по данным МРТ),
3. РС с прогрессированием
4. РС без прогрессирования.

С учётом особенностей течения выделяют особые формы РС:- Злокачественный РС (болезнь Марбурга) – острая форма тяжёлого течения РС, характеризующаяся быстрым усилением инвалидизации без ремиссий и в самых тяжёлых случаях – развитием летального исхода в течение нескольких месяцев от момента начала заболевания. Характерно развитие массивных очагов в стволе мозга, на МРТ эти очаги, как правило, активно накапливают парамагнитный контраст. Вариант по типу болезни Марбурга может начинаться как сразу после дебюта РС, так и сменять на определенном этапе типичное течение РС. Частота развития такого варианта РС не превышает 5%.- Быстропрогрессирующий рассеянный склероз – тип течения РРС на фоне отсутствия терапии ПИТРС (наивные пациенты). При данном типе в течение одного года наблюдения имеют место два или более обострения с подтвержденным усилением инвалидизации и выявлением 1 или более контрастируемого очага на Т1-ВИ или увеличением количества очагов на Т2-ВИ по данным МРТ головного и/или спинного мозга в сравнении с предшествующим исследованием. Общепризнанная дефиниция данного типа течения РС была приведена в отчете РКИ финголимода при подгрупповом анализе эффективности. Ключевым моментом данного определения является инвалидизирующий характер обострений. Недостаточный объем данных из РКИ в настоящий момент не позволяет с высокой долей достоверности сравнивать эффективность терапии при данной форме РС. Данные будущих исследований, возможно, смогут уточнить и расширить формулировку и предоставить больше доказательств ее целесообразности.- Высокоактивный рассеянный склероз (ВАРС) – это клинико-радиологические характеристики течения РС, возникающие на фоне проводимой терапии ПИТРС, на основании которых необходимо принятие решения об эскалации терапии.Стадии заболевания:Обострение рассеянного склероза – субъективные (сообщаемые пациентом) и/или объективные (выявляемые при неврологическом осмотре) симптомы, характерные для острого воспалительного демиелинизирующего процесса в ЦНС (фокального или мультифокального), либо в виде усугубления уже имеющихся неврологических симптомов, либо в виде появления новых неврологических симптомов, не наблюдаемых ранее, с острым или чаще подострым началом, длительностью свыше 24 часов, с полным или неполным регрессом симптомов, при условии отсутствия лихорадки, других признаков инфекционного заболевания, предшествующих метаболических нарушений, явлений стресса].В случае последовательного появления симптомов они считаются одним обострением, если новый симптом или группа симптомов, или отчетливое ухудшение уже имевшихся симптомов появляется в период от 24 часов до 30 дней с момента появления первого; и считаются двумя разными обострениями, если от начала первого до начала второго имеется период стабильного или улучшающегося состояния длительностью не менее 30 дней. В соответствии с критериями МакДональда в редакции 2017 года понятия «обострение», «атака», «экзацербация» являются синонимами.Ремиссия рассеянного склероза – период отсутствия обострений, прогрессирования и ухудшения симптомов в течение, как минимум, 30 дней; в случае появления нового симптома или группы симптомов, или отчетливого ухудшения уже имевшихся симптомов в срок до 30 дней включительно ремиссия не фиксируется, состояние расценивается как продолжающееся обострение.Подтверждённое прогрессирование инвалидизации – стойкое нарастание неврологических нарушений (по Расширенной шкале статуса инвалидизации пациента (EDSS), Приложения Г1 и Г2) по сравнению с исходным уровнем, вне периода обострений и не связанное с перенесённым ранее обострением. Подтвержденное прогрессирование выставляется тогда, когда у пациента сохраняется или увеличивается балл EDSS по сравнению с датой первого зафиксированного нарастания неврологических нарушений минимум через 6 месяцев, при условии отсутствия обострений в период измерения. Значимым нарастанием неврологических нарушений является увеличение EDSS на ≥ 1,5 балла при исходном балле EDSS = 0, на ≥ 1,0 балл для пациентов с исходным EDSS = 1,0 – 5,5 баллов, или ≥ 0,5 балла – для пациентов с исходным уровнем EDSS ≥ 6,0 [9]. Самый ранний период, когда подтвержденное прогрессирование может быть зафиксировано, составляет 3 месяца. Более достоверным и важным для рутинной практики можно считать подтвержденное прогрессирование инвалидизации через 6 месяцев.Подтверждённое усиление инвалидизации – стойкое ухудшение неврологических нарушений (по шкале EDSS (Приложения Г1 и Г2) после окончания обострения, которое было подтверждено как минимум двумя измерениями EDSS, одно из которых было выполнено не ранее 30 дней с момента начала обострения, а второе – не менее чем через 3 месяца после этого. Усиление инвалидизации можно рассматривать как вклад обострения в накопление инвалидизации пациента. При этом необходимо учитывать, что после тяжелых обострений пациент может иметь увеличение балла по шкале EDSS на самых ранних этапах, но это не является прогрессированием.Подтверждённое уменьшение инвалидизации – стойкое уменьшение неврологических нарушений по шкале EDSS (Приложения Г1 и Г2) по сравнению с исходным баллом EDSS. Подтвержденное уменьшение выставляется, когда у пациента уменьшение балла EDSS по сравнению с первым зафиксированным уменьшением неврологических нарушений сохраняется в течение 6 месяцев. Уменьшением неврологических нарушений является снижение EDSS на 1,0 балл по сравнению с исходным баллом. У пациентов, которые имеют длительность обострения более 30 дней с постепенным снижением балла EDSS, данное снижение не может быть рассмотрено как уменьшение. Базовой точкой расчета для измерения улучшения является точка измерения EDSS после завершения обострения. Уменьшение инвалидизации необходимо рассматривать как наилучший результат снижения воспалительной активности и реабилитационной помощи пациентам с РС. |  |
| 3 | **Назовите:**Основные методы лабораторной диагностки рассеянного склероза |  |
|  | **Ответ:** 1. Общее лабораторное обследование

Общий (клинический) анализ крови развернутый;- Анализ крови биохимический общетерапевтический, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, исследование уровня фибриногена в крови, исследование уровня общего кальция в крови;- Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови, определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови, исследование уровня тиреоглобулина в крови.- Общий (клинический) анализ мочи и микроскопическое исследование осадка мочи;- Определение антител классов M, G ВИЧ, гепатит В, С, RW- Определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК.2.Иммунологическая: выявление АТ из группы иммуноглобулинов G3. КТ и МРТ с контрастированием головного мозга и шейного отдела: выявление очагов демиелинизации ЦНС4.Метод вызванных потенциалов (регистрация биоэлектрической активности мозга в ответ на различные стимулы) |  |
| **Б.1.О.1.15** | **Детский церебральный паралич и аномалии развития нервной системы** | **УК- 1,2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите**:Виды черепно-мозговых грыж |  |
|  | **Ответ:**Черепно-мозговые грыжи представляют собой сочетанный порок развития мозга и черепа в результате дефекта закрытия переднего конца нервной трубки. Частота порока 1 на 5000 новорожденных.Грыжи обычно локализуются по средней линии в области смыкания черепных швов. Кожа, покрывающая грыжевое выпячивание, синюшно-багрового цвета или с гиперпигментацией. На коже над грыжей может быть изъязвление, что ведет к ликворее и инфицированию.В зависимости от содержимого различают менингоцеле, энцефаломенингоцеле, энцефалоцистоцеле.*Менингоцеле* – это выбухание в костный дефект оболочек мозга. Грыжа просвечивает, при пункции спадается, кожа над ней истончена.*Энцефаломенингоцеле* – выпячивание вещества мозга и оболочек в дефект черепа. Симптоматика зависит от локализации и величины грыжевого выпячивания. При грыже в области затылочного отверстия (задняя черепно-мозговая грыжа) наблюдается нарушение походки, статики, координации, мышечного тонуса. Может быть нарушение глотания, дыхания. При грыже в области решетчатой кости она располагается интраназально. Основное проявление – это дыхательные нарушения и отсутствие носового дыхания.*Энцефалоцистоцеле* – грубый порок развития, когда в грыжевой мешок выпячиваются не только оболочки и вещество мозга, а также и желудочки мозга. Наблюдаются аномалии сосудистой и ликворной систем мозга.Диагноз черепно-мозговой грыжи устанавливается на основании осмотра. Может проводиться пункция грыжи. Лечение – хирургическое. |  |
| 2 | **Назовите:**Что относится к малым аномалиям развития нервной системы или стигмам |  |
|  | **Ответ:**Во многих случаях пороки развития мозга сопровождаются малыми аномалиями развития или стигмами. К ним относятся:•       Асимметрия черепа.•       Аномалии неба (готическое небо, уплощенное небо, расщепленная uvula).•       Дефекты развития верхней челюсти.•       Аплазия нижней челюсти.•       Микрогнатия (уменьшение верхней челюсти).•       Прогнатизм (выдвинутая верхняя челюсть).•       Прогения (выдвинутая нижняя челюсть).•       Аномалии ушных раковин (малодифференцированный рисунок, окципитопетальное расположение ушных раковин).•       Аномалии лицевого скелета.•       Укорочение шеи.•       Деформация кистей и стоп (широкая ладонь, низкое расположение большого пальца стопы, двузубец или трезубец на ногах).Из всех пороков развития на долю нервной системы выпадает 26-28%. |  |
| 3 | **Назовите:**Спинномозговые грыжи, виды, распространенность, лечение |  |
|  | Спинномозговая грыжа – это сочетанный порок развития спинного мозга вследствие дефекта развития нервной трубки. Возникает выпячивание оболочек, корешков, вещества спинного мозга через незаращенное отверстие. Располагаются грыжи обычно по средней линии. Частота порока 1 случай на 1000 новорожденных. Грыжи встречаются на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника (60%), грудного (30%) и крайне редко на шейном уровне (7,5%).Грыжа представляет собой округлое и овальное выпячивание синюшного цвета или пигментированное. Кожа над грыжей истончена или изъязвлена. Может быть ликворея, что введет развитию подострого или хронического менингита.Различают следующие виды грыж.*Менингоцеле* – выбухание в дефект позвоночника только оболочек спинного мозга. Кожа над грыжей истончена, может быть пигментирована, покрыта волосами. При пункции грыжа спадается. Это самая благоприятная форма из всех спинномозговых грыж.*Менингорадикулоцеле* – выбухание в грыжевое выпячивание оболочек и корешков спинного мозга. Корешки истончены, неправильно сформированы, заканчиваются в стенках грыжевого мешка. При пункции грыжа спадается. При локализации грыжи в пояснично-крестцовом отделе возникают периферические параличи и парезы, трофические расстройства в нижних конечностях.*Миеломенингоцеле* – в грыжу выбухают оболочки мозга и спинной мозг. Спинной мозг недоразвит, с элементами глиоза, расширенным центральным каналом. При пункции размеры грыжи не меняются. Симптоматика зависит от уровня локализации и степени вовлечения вещества мозга в процесс. Возникают параличи, парезы ног, парезы сфинктеров мочевого пузыря, прямой кишки. Могут возникать трофические нарушения: отек стоп, язвы, пролежни на нижних конечностях и туловище.*Миелоцистоцеле* характеризуется выпячиванием в дефект позвоночника вещества спинного мозга, его оболочек и центрального канала. При этом вещество мозга становится стенками грыжи. Внешне грыжа представляет собой мешок, покрытый синюшного цвета кожей с не зарастающими свищами, окруженными грануляционной тканью. В неврологическом статусе обнаруживаются выраженные нарушения – параличи, тазовые нарушения, нарушение трофики тканей.Спинномозговые грыжи могут сочетаться с гидроцефалией, пороками развития нижних конечностей, врожденной косолапостью, вывихами, синдактилией, полидактилией.*Лечение* грыж хирургическое. Оно проводится при сохранности функций спинного мозга и сохранности психического развития ребенка. |  |

**4.1.2. Тестовые задания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Содержание тестового задания**  | **Коды****проверяемых компетенций** |
| ***Тема учебной дисциплины*** |
| **Б.1.О.1.1** | **Социальная гигиена и организация медицинской неврологической помощи в Российской Федерации** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК- 1,2,7,8,9** **ПК-4,6** |
|  | **Инструкция: Выберите один правильный ответ.** |  |
| 1 | Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" медицинская помощь неврологическим больным оказывается в форме:1. экстренной, неотложной, плановой.
2. немедленной, запланированной.
3. экстренной, немедленной, отсроченной.
4. экстренной, плановой.
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| 2 | Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" медицинская помощь неврологическим больным оказывается в виде:1. первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
2. скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи.
3. первичной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
4. первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| **Б.1.О.1.2** | **Анатомия и физиология нервной системы. Семиотика и топическая диагностика заболеваний нервной системы.** | **УК- 1,2,3,5****ОПК− 1,3,4,6,7** **ПК− 1,4,5** |
| 3 | При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы:1. Верхней прямой
2. Наружной прямой
3. Нижней прямой
4. Нижней косой
 |  |
|  | **ответ: б** |  |
| 4 | Мидриаз возникает при поражении:1. Верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
2. Нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
3. Мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
4. Среднего непарного ядра
5. Ядра медиального продольного пучка
 |  |
|  | **ответ: в** |  |
| **Б.1.О.1.3** | **Методы исследования в неврологии** | **УК- 1,2,3,4,5** **ОПК− 1,2,3,4** **ПК− 1** |
| 5 | При центральном пирамидном параличе не наблюдается:1. Гипотрофии мышц
2. Повышения сухожильных рефлексов:
3. Нарушения функции тазовых органов
4. Нарушения электровозбудимости нервов и мышц
 |  |
|  | **Ответ: г** |  |
| 6 | Для того, чтобы отличить разгибание большого пальца при рефлексе Бабинского от дистонии большого пальца, следует предложить больному:1. Вытянуть ногу вперед
2. Приподнять ногу вверх, оторвав пятку от постели
3. Согнуть ногу в коленном и тазобедренном суставах
4. Вытянуть другую ногу вперед
5. Согнуть другую ногу коленном и тазобедренном суставах
 |  |
|  | **ответ: в** |  |
| **Б.1.О.1.4** | **Принципы и методы лечения неврологических больных** | **УК- 1,2,3,4,5** **ОПК−1,2,5,6,8** **ПК− 1,2,3,5,8** |
| 7 | Медикаментозную полиневропатию могут вызывать:1. Цитостатики
2. Туберкулостатические препараты
3. Нитрофураны (фуразолидон, фурадонин)
4. Противомалярийные препараты
5. Все перечисленное верно
 |  |
|  | **ответ: д** |  |
| **8** | Ликвородинамическая проба Пуссепа вызывается:1. Сдавлением шейных вен
2. Давлением на переднюю брюшную стенку
3. Наклоном головы вперед
4. Разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах
 |  |
|  | **ответ: в.** |  |
| **Б.1.О.1.5** | **Заболевание периферической нервной системы. Болезни мышц и нервно-мышечной передачи** | **УК 1,24,5** **ОПК 1,2,4,5,6,7,8,9,10****ПК1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 9 | Для компрессионной нейропатии срединного нерва (синдром запястного канала) характерны:1. Слабость IV, V пальцев
2. Атрофия мышц возвышения большого пальца
3. Усиление болей в кисти при ее сгибании
4. Верно, а и б
5. Верно б и в
 |  |
|  | **ответ: д** |  |
| 10 | Для синдрома ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки характерны:1. Слабость подошвенных сгибателей стопы
2. Гипотрофия перинеальной группы мышц
3. Гипоалгезия наружной поверхности голени
4. Верно, а и б
5. Верно б и в
 |  |
|  | **ответ: д** |  |
| **Б.1.О.1.6** | **Инфекционные заболевания центральной нервной системы**  | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 11 | Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает:а) Цефалексинб) Клиндамицинв) Рифампицин г) Цефтриаксон |  |
|  | **ответ: г.** |  |
| 12 | Гнойным менингитом чаще заболевают дети возраста1. раннего
2. дошкольного
3. младшего школьного
4. старшего школьного
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| **Б.1.О.1.7** | **Сосудистые заболевания нервной системы** | **УК- 1,3,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5.6,7,8** |
| 13 | Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка:1. На свет
2. На болевое раздражение
3. На конвергенцию
4. На аккомодацию
 |  |
|  | **Ответ: г.** |  |
| 14 | 1. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:
2. динамическая
3. вестибулярная
4. статическая
5. сенситивная
 |  |
|  | **Ответ: г** |  |
| **Б.1.О.1.8** | **Вегетативные и нейроэндокринные расстройства** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| **15** | Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при диабетической полиневропатии регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:1. № 1414н от 24 декабря 2012 г.
2. № 1404н от 24 декабря 2012 г.
3. № 1577н от 28 декабря 2012 г.
4. № 1534н от 24 декабря 2012 г.
 |  |
|  | **Ответ: в** |  |
| **16** | Укажите анатомические структуры, через которые проходят нервные импульсы от симпатических ядер спинного мозга до прямой кишки: 1. Нижнее брыжеечное сплетение
2. Нижнее подглазничное сплетение
3. Пояснично-крестцовое сплетение
4. все варианты верны
5. нет верного ответа
 |  |
|  | **Ответ: г** |  |
| **Б.1.О.1.9** | **Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы** | **УК-2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 17 | К дофасодержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относится:1. мидантан, вирегит
2. наком, мадопар
3. парлодел, лизурид
4. юмекс, депренил
 |  |
|  | **Ответ: б** |  |
| 18 | Лечение холинолитическими препаратами болезни Паркинсона противопоказано, если у больного:1. катаракта
2. глаукома
3. гипертоническая ретинопатия
4. диабетическая ретинопатия
 |  |
|  | **Ответ: б** |  |
| **Б.1.О.1.10**  | **Травматическое поражение нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 19 | Эпидуральная гематома часто наблюдается 1. при переломе костей свода черепа
2. при переломе основания черепа
3. при переломе только внутренней пластинки
4. только при линейном переломе
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| 20 | При переломе основания черепа у детей часто возникает 1. эпидуральная гематома
2. субарахноидальное кровоизлияние
3. субапоневротическая гематома
4. гемипарез
5. ликворея
 |  |
|  | **Ответ: д** |  |
| **Б.1.О.1.11** | **Опухоли центральной нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 21 | Острое появление у больного с опухолью мозга резкой головной боли, головокружения, рвоты, нарушений функции дыхательного и сосудодвигательного центра связано:1. с подъемом артериального давления
2. с развитием приступа окклюзии на уровне IV желудочка
3. с резким падением артериального давления
4. с поражением вестибулярного рецептора
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| 22 | Альтернирующие синдромы характерны для опухолей с локализацией:1. в подкорковых узлах
2. в полушариях мозга
3. в стволе мозга
4. в мозжечке
 |  |
|  | **Ответ: в** |  |
| **Б.1.О.1.12** | **Неотложные состояния в неврологии** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2.3,4,5,6,7,8** |
| 23 | Острое появление у больного с опухолью мозга резкой головной боли, головокружения, рвоты, нарушений функции дыхательного и сосудодвигательного центра связано:1. с подъемом артериального давления
2. с развитием приступа окклюзии на уровне IV желудочка
3. с резким падением артериального давления
4. с поражением вестибулярного рецептора
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| 24 | Синдромом Аргайла-Робертсона называют:1. отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию
2. отсутствие прямой реакции на свет при сохранной содружественной реакции
3. отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет
4. отсутствие реакции на аккомодацию в сочетании с мидриазом
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| **Б.1.О.1.13** | **Психоневрология и соматоневрология** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 25 | К "дневным" транквилизаторам относится:1. мидазолам (флормидал)
2. нитразепам (эуноктин)
3. диазепам (реланиум)
4. тофизепам (грандаксин)
 |  |
|  | **Ответ: г** |  |
| 26 | Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов являются проявлением передозировки:1. атропина
2. прозерина
3. ацетилхолина
4. пилокарпина
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| **Б.1.О.1.14** | **Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 27 | При обострении рассеянного склероза предпочтительнее назначить:1. глюкокортикоидные препараты
2. цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид)
3. стимуляторы В-лимфоцитов (пропермил, зимозан, пирогенал)
4. комплексное лечение указанными средствами
 |  |
|  | **Ответ: г** |  |
| 28 | При рецидивирующе-ремиттирующем течении рассеянного склероза в стадии ремиссии показано применение:1. препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС)
2. плазмафереза
3. глюкокортикоидов
4. цитостатиков
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| **Б.1.О.1.15** | **Детский церебральный паралич и аномалии развития нервной системы** | **УК- 1,2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 29 | Вторичная микроцефалия у детей развивается 1. в пренатальном периоде
2. только постнатально
3. перинатальном периоде и в первые месяцы жизни
4. в любом возрасте
5. всегда в возрасте старше 1 года
 |  |
|  | **Ответ: в** |  |
| 30 | Ребенок с врожденной гидроцефалией обычно рождается 1. с нормальной или слегка увеличенной головой
2. с увеличением окружности головы на 4-5 см
3. с уменьшенной головой
4. с увеличением окружности головы на 5-8 см
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |

* + 1. **Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Содержание задания** | **Коды** **проверяемых компетенций** |
| ***Тема учебной дисциплины*** |
| **Б.1.О.1.1** | **Социальная гигиена и организация медицинской неврологической помощи в Российской Федерации** | **УК- 1,2,4,5 ОПК- 1,2,7,8,9 ПК-4,6** |
| **1** | **Назовите:**Какие данные обязательно должны указываться при составлении списка лиц, бывших в контакте с больным при подозрении у него чумы |  |
|  | **Ответ:**Списки лиц, контактировавших с больным чумой, составляют по форме:- фамилия, имя, отчество;- год рождения;- место жительства (постоянное, в данной местности, телефон);- место работы (название предприятия, учреждения, адрес, телефон);- путь следования (вид транспорта);- контакт с больным (где, когда, степень и продолжительность контакта);- наличие прививок (в зависимости от подозреваемого заболевания), когда проводились (со слов);- дата и час составления списка;- подпись лица, составившего список (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность). |  |
| **2** | **Перечислите:**правила, в соответствии с которыми забирают материал для исследования у больного при подозрении на полиомиелит. |  |
|  | **Ответ:** При подозрении у больного такой особо опасной инфекции, как полиомиелит, в день поступления больного в стационар с интервалом 24-48 ч. проводится забор двух проб фекалий в объеме 8-10 г для вирусологического исследования на возможность выделения полиовируса. При подозрении на полиомиелит кроме вирусологического исследования проводится исследование парных сывороток крови (в количестве 5 мл) - первая порция берется в день постановки клинического диагноза, вторая - через 2-3 недели после первой. Диагностическим является четырехкратное нарастание титра антител в пробах парных сывороток. В случае летального исхода необходимо взять секционный материал из спинного мозга в первые часы после смерти. Взятие материала и доставка его в вирусологическую лабораторию должны осуществляться с соблюдением условий «холодовой цепи». |  |
| **3** | **Опишите:**Вам необходимо заполнить экстренное извещение о вспышке инфекционного заболевания по форме 058/у. Как заполняется это извещение? |  |
|  | **Ответ:**В бланке экстренного извещения должно быть указано следующее: · диагноз;· Ф.И.О., паспортные данные пациента, его возраст, адрес и место работы; · информация о проведенных с больным и контактными лицами противоэпидемических мероприятиях; · срок и место госпитализации; · дата и время первичного оповещения центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН); · список контактировавших с пациентом людей, их контакты; · Ф.И.О. и подпись медицинского работника, составившего извещение. Затем сообщение в экстренном порядке отправляется в ЦГСЭН — не позднее 12 часов с момента выявления или подозрения инфекционного заболевания. При этом стоит продублировать всю информацию по телефону, чтобы максимально ускорить процесс. После проделанной работы необходимо зарегистрировать уведомление в журнале инфекционных больных учетной формы № 60. Поскольку многие заболевания имеют схожие симптомы, нередки случаи, когда первоначальный диагноз оказывается неверным. Если обнаружилась такая ошибка, врач должен направить повторное оповещение с измененным диагнозом, указав при этом в первом пункте: измененный диагноз; дату его установления; первоначальный диагноз. То же правило распространяется и на случаи, когда диагноз уточняется. К примеру, если в результате полученных анализов открылись новые подробности болезни и причин ее возникновения. |  |
| **Б.1.О.1.2** | **Анатомия и физиология нервной системы. Семиотика и топическая диагностика заболеваний нервной системы.** | **УК- 1,2,3,5****ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5** |
| 1 | **Укажите:**Зоны сегментарной иннервации человеческого тела. |  |
|  | С1-С2 - Волосистая часть головыС3-С4 - Шея и надплечья до ключиц включительноС5-С7 - Наружные поверхности рукС8-Т1 - Внутренние поверхности рукТ2 - Уровень подмышечных впадин Т2-Т12 – Туловище Т5 - Уровень сосков Т7 - Уровень нижнего края лопатки Т10 - Уровень пупкаТ12 - Уровень паховых складокL1-L5 - Передние поверхности ног S1-S2 - Задние поверхности ног S3-S5 - Аноперианальная область |  |
| 2 | **Назовите:** Пути двигательного анализатора. |  |
|  | **Ответ:**К двигательным путям относятся передний и боковой корково-спинномозговые(пирамидные) пути и корково-ядерный путь.1. Передний и боковой корково-спинномозговой путь.1-ый нейрон: крупные пирамидные клетки Беца 5 слоя верхних 2/3 прецентральной извилины. Аксоны нейронов идут к передним 2/3 задней ножки внутренней капсулы, затем – в переднюю часть ножек мозга, мост и продолговатый мозг. На границе со СМ совершается перекрест. При этом большая часть волокон переходит на противоположную сторону, где ложится в боковые канатики СМ, образуя боковой корково-спинномозговой путь. Оставшаяся часть волокон, не перекрещиваясь, спускается в передних канатиках СМ, образуя передний корково-спинномозговой путь. Боковой и передний корково-спинномозговой пути оканчиваются на альфа-мотонейроны передних рогов СМ.2. Корково-ядерный путь.1-ый нейрон: крупные пирамидные клетки Беца 5 слоя нижней трети прецентральной извилины. Аксоны нейронов проходят через колено внутренней капсулы, ножки мозга, ствол, где совершают перекрест, а затем оканчиваются на двигательных ядрах черепных нервов.Периферические альфа-мотонейроны двигательного пути начинаются в двигательных ядрах черепных нервов и передних рогах спинного мозга. Первые образуют черепные нервы, а вторые – передние корешки, которые, сливаясь с задними корешками, превращаются в спинномозговые нервы.Общий путь, соединяющий прецентральные извилины большого мозга с мускулатурой противоположной половины тела, называют корково-мышечным путем. |  |
| **3** | **Назовите:**Уровни замыкания глубоких сухожильных и периостальных рефлексов. |  |
|  | **Ответ:**Нижнечелюстной –МостЗапястно-лучевой (карпорадиальный) - С5-С8Сгибательно-локтевой (биципитальный) - С5-С6Разгибательно-локтевой (триципитальный) - С7-С8Коленный - L2-L4Ахиллов - S1-S2 |  |
| **Б.1.О.1.3** | **Методы исследования в неврологии** | **УК- 1,2,3,4,5 ОПК− 1,2,3,4 ПК− 1** |
| 1 | **Укажите:** Признаки центрального и периферического паралича |  |
|  | **Ответ:** Центральный (спастический) паралич развивается при поражении пирамидного пути (центрального нейрона и его аксона). Если пирамидный путь поражен выше перекреста – спастический паралич развивается на противоположной от очага стороне, если ниже – на стороне очага.Признаки центрального паралича:1. Гипертония (спастичность, повышение контрактильного тонуса): в руках превалирует тонус сгибателей, в ногах – разгибателей (поза Вернике-Мана: "рука просит, а нога косит"), симптом "складного ножа" (при пассивном сгибании пораженной конечности врач сначала испытывает сопротивление разгибателей, которое при дальнейшем сгибании уменьшается), контрактуры2. Сухожильные и периостальные рефлексы повышены, а зона их вызывания расширена3. Снижение или исчезновение кожных рефлексов4. Появление патологических рефлексов (Бабинского, Россолимо)5. Появление защитных рефлексов (Мари-Фуа-Бехтерева)6. Содружественные патологические движения (синкинезии)Периферический паралич развивается при поражении периферического двигательного нейрона и его аксона.Признаки периферического паралича:1. Атония или гипотония мышц2.Арефлексия или гипорефлексия (снижение сухожильных, периостальных, кожных рефлексов)3. Атрофия мышц4. Качественные изменения электровозбудимости мышц (реакция перерождения, или дегенерации)5.Фибриллярные (быстрые сокращения отдельных мышечных волокон при раздражении мотонейронов СМ) и фасцикулярные (быстрые сокращения пучков мышечных волокон при раздражении передних корешков или двигательных волокон нервных стволов) подергивания мышц |  |
| **2** | **Назовите:**Нормальные показатели ликвора человека |  |
|  | При анализе ликвора оценивают следующие показатели:давление — в положении лежа 100-150 мм вод. ст.;нормальный секрет прозрачный, бесцветный;не более одного нейтрофила, не более 4 лимфоцитов;уровень белка — 0,2-0,45 г/л;фибриновая пленка отсутствует;уровень глюкозы 2,8-3,9 ммоль/л или 50-60% от количества сахара в крови;хлориды — 120-130 ммоль/л;относительная плотность — 1,006-1,007 единиц;pH 7,28-7,32.В норме ликвор на 99% состоит из воды, 1% — сухой остаток. |  |
| 3 | **Дайте определение:**ЭЭГ и как его провести |  |
|  | Электроэнцефалография (ЭЭГ) - метод исследования функционального состояния головного мозга, основанный на регистрации его биоэлектрической активности через неповрежденные покровные ткани головы. На ЭЭГ регистрируется электрическая активность мозга, генерирующаяся в коре, синхронизирующаяся и модулирующаяся таламусоми ретикулярными активирующими структурами. Регистрация биоэлектрических потенциалов головного мозга и графическое их изображение фотографическим методом или путем чернильной записи производится специальным прибором - электроэнцефалографом. Его основным узлом являются высокочувствительные электронные усилители, позволяющие на бумажнойленте в реальном времени получать картину изменения колебаний биопотенциалов в разных областях коры больших полушарий, и осциллографические системы регистрации. Современные электроэнцефалографы - это многоканальные приборы (чаще 16, иногда 20 иболее усилительно-регистрирующих блоков - каналов), позволяющие одновременно регистрировать биотоки, отводимые от нескольких симметричных отделов головы. Исследование должно проводиться в свето- и звукоизолированном помещении. В процессе регистрации биотоков мозга пациент находится в кресле в удобном положении (полулежа), при этом ему не следует: а) находиться под воздействием седативных средств; б) быть голодным (в состоянии гипогликемии); в) быть в состоянии психоэмоционального возбуждения. |  |
| **Б.1.О.1.4** | **Принципы и методы лечения неврологических больных** | **УК- 1,2,3,4,5** **ОПК−1,2,5,6,8 ПК− 1,2,3,5,8** |
| 1 | **Назовите:**Методы лечения туннельных невропатий |  |
|  | Существует 2 метода лечения – консервативно и хирургически. Консервативное лечение включает в себя фармакотерапию, физиолечение, рефлексотерапию, ЛФК, массаж. **Фармакотерапия туннельных невропатий включает применение следующих групп препаратов:*** противоотечные препараты (мочегонные средства);
* нестероидные противовоспалительные средства;
* анальгетики;
* венотоники;
* нейрометаболические средства;
* витамины группы В;
* антигипоксанты, антиоксиданты.

Местно проводятся лечебно-медикаментозные блокады. Также проводится массаж мышц в зоне иннервации и непосредственно в месте компрессии.Хирургическое лечение проводится на 2-3 стадии при неэффективности консервативного лечения, наличии грубых неврологических нарушений, быстром прогрессировании симптоматики, частых рецидивах. |  |
| 2 | **Назовите:**Показания и противопоказания для тромболитической терапии при ОНМК |  |
|  | Показания:• выраженный неврологический дефицит, связанный с острым ишемическим инсультом и, по-видимому, вызванный окклюзией крупной артерии (базилярной, позвоночной, внутренней сонной): виде расстройства движений, речи, пареза лица, расстройства уровня сознания. По специальным шкалам (NIHS-шкала) врач-невролог оценивает уровень неврологического дефицита.• отсутствие кровоизлияния по данным компьютерной томографии• сроки развития от начала клиники до 3 часов (до 6 часов при селективном тромболизисе, до 12 часов при инфаркте в бассейне основной артерии)Противопоказания:Абсолютные:1) незначительный и быстро регрессирующий неврологический дефицит 2) кровоизлияние, хорошо различимый обширный острый инфаркт мозга или иные данные КТ, являющиеся противопоказаниями (опухоль, абсцесс и др.) 3) убедительные данные о наличии у больного сосудистой мальформации или опухоли ЦНС 4) бактериальный эндокардитОтносительные:1) тяжелая травма или инсульт в течение последних 3 месяцев 2) внутричерепное кровотечение в анамнезе или предполагаемый диагноз субарахноидального кровоизлияния 3) большая операция за последние 2 недели 4) малая операция за последние 14 дней, включая биопсию печени или почек, торакоцентез и люмбальную пункцию 5) пункция артерии за последние 2 недели 6) беременность (десять дней после родов) и кормление грудью 7)острые желудочно-кишечные кровотечения, урологическое или пульмональное кровотечение за последние три недели 8)геморрагический диатез в анамнезе (включая почечную и печеночную недостаточность) 9) перитонеальный или гемодиализ 10) изменения в коагулограмме (PTT более 40 секунд, протромбиновое время больше 15 (INR больше 1.7), тромбоциты менее 100000) 11)судорожный припадок как дебют инсульта (необходим тщательный дифдиагноз) 12)изменения уровня глюкозы крови (гипо или гипергликемия) |  |
| 3 | **Назовите:**Показания для проведения плазмафереза у неврологических больных |  |
|  | **Ответ:**Синдром Гийена-Барре тяжёлая форма Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатияПолинейропатия с моноклональной гаммапатией с возможной ролью: IgG/lgA Миастения гравис: при подготовке к операциям или кризе - Миастенический синдром Ламберт-Итона Приобретенная нейромиотония Stiff-man синдром Криоглобулинемическая полинейропатия Поражения ЦНС при волчанке Острый диссеминированный энцефаломиелит Рассеянный склероз  |  |
| **Б.1.О.1.5** | **Заболевание периферической нервной системы. Болезни мышц и нервно-мышечной передачи** | **УК 1,24,5** **ОПК 1,2,4,5,6,7,8,9,10****ПК1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Какие клинические, нейрофизиологические и лабораторные показатели будут свидетельствовать о наличии у пациента аксональной полиневропатии |  |
|  | **Ответ**:К клиническим показателям, указывающим на наличие аксональной полиневропатии, относятся постепенное начало, первоначальное поражение нижних конечностей с выпадением ахилловых рефлексов, нарушения чувствительности по типу «носков, перчаток». Выздоровление медленное с выраженным резидуальным дефектом.При исследовании СМЖ изменений не выявляется. В отличии от миелинопатий, белок не повышается.По данным ЭНМГ характерно снижение амплитуды М-ответа, нормальная или незначительно сниженная скорость проведения импульса по моторным и сенсорным аксонам периферических нервов, наличие блоков, проводящих возбуждение, увеличение амплитуды F-волн, появление крупных F-волн с амплитудой, превышающей 5% амплитуды М-ответа. |  |
| 2 | **Назовите:**Основные факторы развития и неврологические проявления дегенеративно дистрофических изменений шейного отдела позвоночника: |  |
|  | О**твет:** Основные факторы развития неврологических симптомом при ДДИ ШОП:1. относительно постоянная компрессия или периодически возникающее при движениях позвоночника, длительная травматизация задними костными остеофитами и мягкими грыжами диска СМ, его корешков, сосудистой системы, позвоночной артерии и связочного аппарата позвоночника2. патологическая импульсация из пораженного межпозвоночного диска, формирующая местные и отраженные болевые и другие рефлекторные синдромы (плече-лопаточный периартрит)3. вторичные арахноидальные сращения, вызывающие затруднения ликвороциркуляцииНеврологические проявления поражения шейного отдела позвоночника:1. Боли в области шеи вследствие раздражения связочного аппарата позвоночника (включая межпозвоночный диск)2. Шейно-плечевые боли симпаталгического характера3. Корешковый синдром с возникновением жгучих, тянущих или типичных острых радикулярных болей в задней части шеи, в субокципитальной и межлопаточной областях, предплечье с иррадиацией по верхней конечности в пальцы кисти4. Нейродистрофические нарушения (периартрит плечевого сустава, синдром передней лестничной мышцы, нейроваскулярная дистрофия верхней конечности)5. Кардиалгический синдром6. Синдром поражения позвоночной артерии и ее симпатического сплетения (головокружение, шум и звон в ушах, мозжечковые нарушения, слабость в конечностях), который чаще возникает в положении сверх разгибания и исчезает при срединном положении7. Шейная миелопатия дискогенной этиологии (прогрессирование спастико-атонического верхнего парапареза или спастического нижнего парапареза) |  |
| 3 | **Опишите:**Клинику невропатии лучевого нерва |  |
|  | **Ответ:** Наиболее часто нерв сдавливается у места прободения нервом латеральной межмышечной перегородки.Клиника: парез или паралич разгибателей предплечья (поражение трицепса), кисти и пальцев, супинаторов предплечья, плечелучевой мышцы и длинной мышцы, отводящей первый палец кисти; нарушается разгибание предплечья, кисти, пальцев, а также отведение первого пальцев; перечисленные мышцы атрофируются; триципитальный или карпорадиальный рефлекс снижаются или выпадают; возникает свисающая кисть; расстраивается чувствительность на тыле 1, 2, частично 3-го пальцев, исключая концевые фаланги, а также на тыле лучевого отдела киста и задней поверхности предплечья.. |  |
| **Б.1.О.1.6** | **Инфекционные заболевания центральной нервной системы**  | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Клинику, клинические формы и диагностику клещевого энцефалита. |  |
|  | **Ответ:** Клиника: инкубационный период около 2 недель; в продромальном периоде наблюдаются общее недомогание, боль в мышцах, повышается температура, а затем развивается поражения в зависимости от формы (полиомиелитическая, бульбарная, менингеальная, полирадикулоневритическая, абортивная) заболевания.Наиболее типична полиомиелитическая форма, наиболее патогномоничный для нее симптом поражения серого вещества спинного мозга и ствола – вялые параличи мышц шеи ("свисающая голова"), проксимальных отделов рук с арефлексией и мышечной гипотонией и отдельных черепных нервов.Для бульбарной формы характерно поражение ствола головного мозга с возникновением дисфагии, дисфонии, дизартрии, атрофии языка.При абортивной форме характерна лихорадка без признаков поражения нервной системы.Для менингеальной формы характерно сочетание симптомов менингита и очаговых поражений (парезов, параличей, нарушений чувствительности и т.д.)Диагностика:1. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ2. Исследование ликвора: в острой стадии повышение давления ликвора; лимфоцитарный плеоцитоз, небольшой или умеренный гиперальбуминоз. |  |
| 2 | **Расскажите:**Диагностику и лечение туберкулезного менингита |  |
|  | **Ответ:** Клиника:а) продромальная стадия: развивается чаще всего постепенно, подостро (общее недомогание, слабость, повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, беспокойный сон ночью и сонливость днем, снижение интереса к окружающему, потеря аппетита – в дальнейшем – АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ)б) менингеальная стадия: общеинфекционные симптомы + нарастающий менингеальный синдром (см. выше); проявление патологии корешков черепных нервов (глазодвигательного, зрительного, лицевого, слухового и др.); двигательные расстройства (гиперкинезы, центральные моно- и гемипарезы, мозжечковая атаксия); вегетативные нарушения (разлитой дермографизм, потливость)Диагностика:1. ОАК: лейкопения или лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево; лимфоцитопения; ускорение СОЭ2. ОАМ: небольшая протеинурия, гиалиновые цилиндры3. Исследование ликвора: повышение давления до 300-500 мм рт.ст., прозрачный с легкой опалесценцией, смешанный плейоцитоз (лимфоцитарно-нейтрофильный), фибринная пленка с микобактериями при отстаивании, повышенное количество белка (до 3 г/л), глобулиновая реакция Панди четко положительная, снижение глюкозы, хлоридов. Бак посев ликвора.4. Туберкулиновые пробы.Лечение: противотуберкулезные средства первого ряда (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) и второго ряда (стрептомицин, ципрофлоксацин, этионамид); при повышении ВЧД – ГКС, диуретики; дезинтоксикационная терапия; десенсибилизирующая терапия (пипольфен, тавегил, дексаметазон); улучшающие микроциркуляцию (кавинтон, трентал, курантил); ноотропы и т.д. |  |
| **3** | **Назовите:**Особенности ликвора при туберкулезном менингите. |  |
|  | **Ответ:** Глюкоза, ммоль/л - резко снижена на 2-3-й неделеФибриновая пленка при стоянии в течении 24 ч – нежная "паутинная" пленкаДавление, мм вод. ст. - умеренно повышеноПрозрачность - опалесцирующийЦвет - бесцветный, иногда ксантохромныйЦитоз, Х106/л - <800Нейтрофилы, % - 10-40Лимфоциты, % - 60-90Эритроциты, Х106/л может быть повышеноБелок, г/л- 0,5-3,3 |  |
| **Б.1.О.1.7** | **Сосудистые заболевания нервной системы** | **УК- 1,3,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5.6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Корригируемые и не корригируемые факторы риска возникновения мозговых инсультов. | 4 |
|  | **Ответ**: Выделяют три группы факторов риска:а) не корригируемые – факторы, которые с течением времени могут изменяться в сторону их патогномичности для мозговых инсультов, но не поддаются методам врачебного воздействия (возраст, характер наследственной отягощенности)б) частично корригируемые – факторы, устранение которых возможно, но наличие их в организме вызывает необратимые или трудно обратимые изменения (курение, профессиональные вредности)в) полностью корригируемые – факторы, полностью поддающиеся врачебному воздействию и могущие быть устранимыми (режим и характер питания, уровень АД) |  |
| 2 | **Опишите:**Клинику расстройств спинального кровообращения. | 5 |
|  | **Ответ:**а) ишемия (инфаркт) СМ:1) в шейном отделе: атрофический паралич рук, снижение или исчезновение карпорадиального, биципитального и триципитального рефлексов, спастический паралич ног, патологические стопные рефлексы, снижение или утрата болевой и температурной чувствительности на уровне поражения, а книзу от него – проводниковые расстройства чувствительности, задержка мочи и кала, перемежающееся недержание мочиипитального и триципитального рефлексов, спастический паралич.2) в поясничном отделе: парез сгибателей и разгибателей стоп и пальцев; походка типа "степпаж" (больной шлепает стопами при ходьбе); ахилловы рефлексы снижаются или исчезают; чувствительность расстраивается книзу от паховой складки; возможны вялые параплегии и расстройства функции тазовых органовб) геморрагия СМ (гематомиелия): сильные боли в соответствующих дерматомах; параличи рук или ног с понижением тонуса и рефлексов; диссоциированные нарушения чувствительности; задержка мочеиспускания; клиника зависит от локализации и размеров гематомы1) спинальное субарахноидальное кровоизлияние: ведущие симптомы – сильные опоясывающие боли, симптом Кернига с симптом Лассега, симптом Скоромца – усиление боли при сдавлении брюшной аорты, общемозговые симптомы2) спинальное эпидуральное кровоизлияние: сильные боли в позвоночнике по ходу корешков; компрессия |  |
| **3** | **Назовите**:Причины тромбоза кавернозного синуса |  |
|  | Как правило, тромбоз кавернозного синуса становится осложнением других патологий. В этиологии ведущую роль могут играть многие заболевания и предрасполагающие обстоятельства, в большинстве случаев – их различные комбинации. Примерно в 10-20% его расценивают как самостоятельную нозологию. Наиболее часто поражения кавернозной пазухи ассоциируют со следующими группами факторов:* **Инфекционные процессы**. Чаще других это инфекции области орбиты и носа – [флегмона глазницы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/orbital-cellulitis), ретробульбарный абсцесс, [фурункулы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/furuncle) и др. Болезнь также провоцируют ЛОР-патологии: средние, внутренние [отиты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/otitis), [мастоидиты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/mastoiditis), хронические риносинуситы, реже – бактериальные менингиты, [энцефалиты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/encephalitis). Иногда роль первопричины играет [септицемия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/urgent/septicemia), генерализованные вирусные, грибковые инфекции.
* **Неинфекционные поражения ЦНС**. Причиной тромбоза пещеристой пазухи могут быть локальные поражения тканей головного мозга, венозных синусов при нейрохирургических вмешательствах, открытых и тяжелых [закрытых черепно-мозговых травмах](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-injury), злокачественные опухоли ЦНС, [метастазы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/oncologic/metastases).
* **Нарушения гемодинамики, венозные тромбозы**. Развитию тромбоза способствует выраженная дегидратация, сердечная недостаточность, [антифосфолипидный синдром](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/antiphospholipid-syndrome). Провоцирующими факторами являются продолжительное использование катетера центральной вены с образованием тромботических масс, [тромбофлебиты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_phlebology/thrombophlebitis) лицевых, глазничных вен.
* **Коллагенозы**. Тромбоз кавернозной пазухи может быть первичным симптомом ряда заболеваний соединительной ткани, в том числе – [системной красной волчанки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/systemic-lupus-erythematosus), синдрома Шегрена, [болезни Бехчета](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/behcet).
* **Гормональный дисбаланс**. Нередко тромботическое поражение кавернозного синуса ассоциируется с длительным употреблением комбинированных оральных контрацептивов, беременностью, ранним периодом восстановления после родов.
* **Врожденные тромбофилии**. Способствующими тромбозу генетически обусловленными аномалиями могут быть мутации или колебания уровня V фактора Лейдена, гомоцистеина, антитромбина, протромбина, белков С и S, дефицит XIII фактора, плазминогена или его активатора. Также сюда можно отнести [серповидно-клеточную анемию](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/sickle-cell), [полицитемию](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/polycythemia).
 |  |
| **Б.1.О.1.8** | **Вегетативные и нейроэндокринные расстройства** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите**:Острое состояние при вегетососудистом кризе – определение, классификация и лечение |  |
|  | Вегетососудистые кризы – это психовегетативные синдромы, возникающие в результате функциональных и морфологических повреждений глубинных структур головного мозга и проявляющиеся разнообразными вегето-невротическими и эндокринно-метаболическими симптомами.Различают 5 клинических форм ВСК:симпатоадреналовый криз, ваготонический криз,истероподобный (обморочно-тетанический) кризмигренеподобный криз, смешанный криз.Неотложная помощь при симпатоадреналовом кризе:успокоить больного, обеспечить доступ свежего воздуха;дать внутрь настойку валерианы 1-2 кап/год жизни;при выраженном беспокойстве – диазепам 0,5% раствор в дозе 0,1 мг/кг в/м или в/в;ввести 50% раствор метамизола 0,1 мл/год жизни в/м;Неотложная помощь при ваготоническом кризе:уложить больного, согреть, обеспечить доступ свежего воздуха;ввести 10% раствор кофеина 0,1 мл/год жизни п/к.при выраженной брадикардии или длительно некупирующемся кризе ввести 0,1% раствор атропина 0,1 мл/год жизни в/м или в/в (не более 1 мг).Неотложная помощь при истероподобном кризе или «судорожной готовности»:ввести 0,5% раствор диазепама в дозе 0,1 мг/кг в/м или в/в.Неотложная помощь при мигренеподобном кризе:ввести метамизол 50% раствор с дифенгидрамином 1% раствор из расчета 0,1 мл/год жизни и папаверином 2% раствор из расчета 0,1-0,2 мл/год жизни в/м;ввести фуросемид 1% раствор из расчета 1-2 мг/кг в/м или в/в;ввести метоклопрамид 0,5% раствор из расчета 0,01 мг/кг в/м или в/в.Показания к госпитализации:невозможность или неуверенность в точности постановки диагноза;тяжелый, не купирующийся криз;кризы у детей дошкольного возраста на фоне стойкой артериальной гипотонии. |  |
| 2 | **Расскажите:**Патогенез синдрома Шихена |  |
|  | Синдром Шихена развивается вследствие некротических изменений в гипофизе, возникающих на фоне спазма или внутрисосудистого свертывания крови в сосудах передней доли гипофиза после кровотечений, бактериального шока при родах или аборте.Гестоз является предрасполагающим фактором. Кроме того, у беременных с тяжелой формой гестоза имеется склонность к внутрисосудистому свертыванию крови. После родов имеет место физиологическое снижение выделения АКТГ, что также способствует ишемии гипофиза. |  |
| 3 | **Назовите**:Признаки вагоинсулярного криза |  |
|  | **Ответ:**Вагоинсулярный криз проявляется чувством замирания и перебоев в области сердца, затруднением дыхания, ощущением нехватки воздуха, головокружением. Возможны боли в животе, усиление перистальтики, урчание, метеоризм, позывы на дефекацию. При осмотре кожа влажная, гиперемированная, пульс редкий. Характерна выраженная послекризовая астения. |  |
| **Б.1.О.1.9** | **Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы** | **УК-2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:** Клинические формы болезни Гентингтона. |  |
|  | **Ответ:** а) гиперкинетическая – хореическое непроизвольное движение мускулатуры, резко усиливающееся при волнении, не сопровождаются слабостью, исчезают только во сне; при ходьбе больные разбрасывают руки, пританцовывают, раскачивают туловище, но сохраняют равновесие; характерно гримасничанье, лишние звуки при разговоре, невозможность удерживать в покое высунутый язык; со временем гиперкинезы нарастают, больные теряют способность передвигаться, обслуживать себя; постепенно нарастает снижение интеллектаб) психическая форма – апатия, ухудшение памяти, снижение критики; по мере прогрессирования – деменция; иногда слуховые и зрительные галлюцинации, состояние возбуждения, бредовые идеив) акинетико-ригидная форма – мышечная ригидность, контрактуры, нарушение умственного развития; часто бывают приступы эпилепсии, миоклонии, атетоз (медленные вычурные движения в дистальных отделах конечностей), атаксии, дистонии, пирамидные симптомы, глазодвигательные нарушения. |  |
| 2 | **Назовите:** Клинике и лечение болезни Фридрейха  |  |
|  | **Ответ:** Тип наследования: аутосомно-рецессивный с неполной пенетрантностью.Патоморфология: дегенеративные изменения в проводящих путях задних и боковых канатиках СМ, преимущественно путях Голля, меньше Бурдаха, Флексига, ГоверсаСимптомы: начало заболевания в 6-15 лет; первый симптом – неустойчивая походка; нарушение координации распространяется на верхние конечности и лицо; крупноразмашистый нистагм, атаксия в руках и ногах, адиадохокинез, дисметрия, скандированная речь; расстройства мышечно-суставного чувства и вибрационной чувствительности; постепенное угасание сухожильных и периостальных рефлексов; мышечный тонус снижен; в поздних стадиях – афферентный парез нижних, а затем и верхних конечностей, патологические пирамидные рефлексы, дистальные мышечные атрофии, Фридрихова стопа, искривление позвоночникаЛечение: симптоматическое: тренировка систем статокинетики, массаж нижних конечностей, общеукрепляющее |  |
| **3** | **Дайте определение**:Миопатии |  |
|  | Миопатии — системные заболевания мышц. В большинстве случаев это наследственно обусловленные прогрессирующие заболевания, реже — эгзогенно обусловленные (воспалительные и токсические миопатии). Наследственно обусловленные системные заболевания мышц могут быть либо таковыми по существу, либо компонентом полисистемных расстройств как следствие определенного нарушения метаболизма (метаболические миопатии). При некоторых миопатиях дефект может быть связан с нарушением иннерваторного аппарата мышц, поэтому также употребителен термин «нервно-мышечные заболевания». Этот термин часто применяют как синоним термина «миопатия». |  |
| **Б.1.О.1.10**  | **Травматическое поражение нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите:**Клинику переломов основания черепа |  |
|  | **Ответ**:Клиника: зависит от тяжести ЧМТ и локализации перелома; складывается из симптомов сотрясения и ушиба мозга средней и тяжелой степени, выраженных стволовых нарушений, поражения нервов основания мозга, оболочечных синдромов, ликвореи и кровотечения из ушей и носа; при тяжелых ушибах базально-диэнцефальных отделов мозга и задней черепной ямки больные умирают в ближайшие сутки после травмы.Кровотечение из наружного слухового прохода наблюдается при переломе пирамиды в сочетании с разрывом барабанной перепонки, из носа – при переломе решетчатой кости, рта и глотки – при переломе клиновидной кости. Кровотечение из носа и ушей приобретает диагностическое значение лишь тогда, когда оно сочетается с неврологическими симптомами.Ликворея или кровотечение с ликвореей из ушей и носа является безусловным признаком перелома основания черепа с разрывом твердой мозговой оболочки.При переломах передней черепной ямки нередко возникают кровоподтеки в веках и окологлазничной клетчатке (симптом "очков"). При переломе в области средней черепной ямки возможно образование под височной мышцей гематом. При переломах в области задней черепной ямки характерны кровоподтеки в области сосцевидного отростка.При повреждении основания черепа чаще возникает поражение лицевого и слухового нервов, реже глазодвигательного, отводящего и блокового, обонятельного, зрительного и тройничного нервов |  |
| 2 | **Назовите:**Клинические периоды эпидуральных гематом. |  |
|  | **Ответ:**а) светлый промежуток – больной в сознании, головная боль постоянного характера, связана с первичной травмой; могут быть неврологические отклонения очагового характера; пульс, АД в нормеб) период ранних клинических симптомов – больной в сознании, но оглушен; головная боль приступообразная; у немногих – очаговые неврологические симптомы; брадикардия, увеличение АД на 10-15 мм рт.ст.в) сопорозное состояние – больной резко заторможен, сонлив, периодически наблюдается психомоторное возбуждение (двигательное, речевое); у многих – очаговые неврологические симптомы (гиперрефлексия, парезы, параличи на противоположной стороне); поражение глазодвигательного нерва на стороне поражения; у многих – брадикардия, дальнейшее повышение АД; дыхание не нарушеног) коматозное состояние – без сознания; у половины больных отсутствует реакция зрачков на свет; очаговые симптомы у меньшего числа больных; сохранена двигательная реакция на болевой раздражитель; брадикардия у меньшего числа больных; АД 150-160/100-105 мм рт.ст.; тахипноэ, нередко дыхание затрудненод) глубокое коматозное состояние – глубокое бессознательное состояние; очаговые симптомы не выявляются; зрачки широкие, не реагируют на свет; отсутствует спонтанная активность и тонус мышц конечностей; угашены все виды рефлексов; резко снижена реакция на болевой раздражитель; пульс частый, АД очень высокое; дыхание возможно только при интубации трахеи или трахеостомии. В терминальном состоянии происходит остановка дыхание и падение АД. |  |
| **3** | **Опишите**:Клинику ушиба головного мозга |  |
|  | **Ответ:**Ушиб мозга (contusio cerebri) отличается от сотрясения макроскопически обнаруживаемыми участками повреждения мозгового вещества. Для контузионных повреждений легкой степени характерно наличие локального отека, для среднетяжелых - обширных зон геморрагического пропитывания, а для тяжелых - размозжения участков мозга и образования мозгового детрита. Ушибы мозга часто сопровождаются субарахноидальными кровоизлияниями, переломами костей свода и снования черепа. Наблюдается локальный, долевой, полушарный или генерализованный отек головного мозга.Клиника ушибов мозга любой степени тяжести складывается из общемозговых и очаговых неврологических проявлений. Первые включают нарушения сознания, а также головную боль, головокружение, тошноту и многие другие,общие для всех вариантов черепно-мозговых повреждений симптомы, которые значительно варьируют по выраженности и продолжительности. Очаговые неврологические симптомы - это всегда свидетельство локального поражения мозга. Оно может’ протекать с выпадением функций (парез,паралич, гипестезия) или сопровождается феноменами раздражения (фокальные судороги). Важно отметить, что повреждения различных уровней ствола мозга бывают первичными (ушиб базально-стволовой локализации) и вторичными, которые наступают в связи с развитием полушарного отека, внутричерепной гипертензии, дислокацииствола и его ишемии, что представляет серьезную угрозу для жизни больного и часто является непосредственной причиной гибели. |  |
| **Б.1.О.1.11** | **Опухоли центральной нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите:** Клинику **о**пухолей полушарий большого мозга (супратенториальные опухоли). |  |
|  | **Ответ:**а) опухоль лобной доли: "лобная" психика, лобная атаксия (отличается от мозжечковой отсутствием мышечной гипотонии), астазия-абазия (невозможность ходить и стоять при сохранности мышечной силы и координации движений), моторная афазия (невозможность говорить), нарушение сочетанного поворота головы и глаз в сторону, эпиприпадки, парезы и параличи конечностей с высокими сухожильными и периостальными рефлексами, патологические симптомыб) опухоль прецентральной извилины: сочетание симптомом раздражения (Джексоновские судорожные припадки) и выпадения (моно-, гемипарезы, центральные парезы лицевого и подъязычного нервов)в) опухоль постцентральной извилины: сочетание симптомов раздражения (Джексоновские чувствительные приступы: онемение, покалывание, ползание мурашек) и выпадения (моноанестезии, гемианестезии, астереогнозия)г) опухоль теменной доли: расстройства чувствительности на противоположной половине тела (расстройства сложных видов чувствительности, суставно-мышечного чувства, чувства локализации, стереогнозии – способности различать предметы на ощупь), апраксией, алексией, пальцевой агнозией, аграфиейд) опухоль височной доли: характеризуются вкусовыми, обонятельными, слуховыми, зрительными галлюцинациями, общими эпиприпадками, сенсорной и амнестической афазией, памятие) опухоль затылочной доли: расстройства зрения (гомонимная гемианопсия, зрительная агнозия, фотопсия, мерцательные скотомы, сужения полей зрения, зрительные галлюцинации, расстройства цветоощущения) |  |
| 2 | **Опишите:** Клинику **о**пухолей гипоталамо-гипофизарной области: гормонактивные и гормоннеактивные |  |
|  | **Ответ:** а) аденогипофизарные опухоли (хромофобные, эозинофильные, базофильные, аденокарцинома)1) хромофобная аденома гипофиза: сонливость, половое бессилие, недоразвитие наружных половых органов, дис- или аменорея, адипозо-генитальный тип ожирения (ожирение бедер, таза, нижней части живота, молочных желез и затылка), полидипсия, булимия, анорексия, несахарный диабет, бледность и сухость кожных покровов, раннее выпадение волос, ломкость ногтей, повышенное АД2) эозинофильная аденома гипофиза: синдром акромегалии (крупный нос, массивный подбородок, большой язык, увеличение размеров кистей, стоп, внутренних органов, гигантизм), головные боли, иррадиирущие в глазницу и надбровье, половая слабость, аменорея, расстройства всех видов обмена3) базофильная аденома гипофиза: синдром Иценко-Кушинга (отложение жира на животе, туловище, шее, аменорее, полосы растяжения на коже бедер, животе, багрово-красное лицо), повышенное АД, гипергликемия, гирсутизмб) опухоли из эмбриональных остатков гипофизарного хода (краниофарингиома): инфантилизм, задержка роста и развития половых органов, отсутствие вторичных половых признаков, дисменорея, адипозо-генитальный синдром |  |
| **3** | **Опишите:**Клинику опухолей червя мозжечка |  |
|  | **Ответ:**Опухоль мозжечка — доброкачественное или злокачественное новообразование, локализующееся в мозжечке. Может носить первичный и вторичный (метастатический) характер. Опухоль мозжечка проявляется вариабельными симптомами, которые относят к 3 основным группам: общемозговые, мозжечковые и стволовые. Основным клиническим синдромом выступает мозжечковая атаксия. При поражении червя она проявляется расстройством походки и неустойчивостью. Пациент ходит, шатаясь и спотыкаясь, широко расставляет ноги или балансирует руками, чтобы не упасть, его может «заносить» на поворотах. Типично наличие нистагма — непроизвольных движений глазных яблок. Возможно развитие мозжечковой дизартрии — нарушения речи, характеризующегося ее прерыванием, разделением на слоги («скандирующая речь»). Диагностика основывается на результатах магнитно-резонансной томографии церебральных структур. Окончательная верификация диагноза осуществляется только по данным гистологического исследования тканей опухоли. Лечение хирургическое, состоит в как можно более радикальном удалении образования, восстановлении циркуляции цереброспинальной жидкости и ликвидации сдавления мозгового ствола. |  |
| **Б.1.О.1.12** | **Неотложные состояния в неврологии** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2.3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:** Критерии диагностик эпилептического статуса. |  |
|  | **Ответ:**Критерии диагностики эпилептического статуса.Следующие один за одним эпилептические припадки.Нарушение сознания в межприступный период. |  |
| 2 | **Назовите:**Клинические проявления вестибулярного нейронита |  |
|  | **Ответ:**Вестибулярный нейронит (нейропатия вестибулярного нерва) характеризуется эпизодами острого головокружения длительностью от нескольких часов до суток (иногда больше). Заболевание возникает остро, намного реже - подостро, обычно после перенесенной вирусной или бактериальной инфекции, реже - интоксикации. Чаще заболевают люди в возрасте 30-35 лет. Головокружение интенсивное, с выраженными вегетативными расстройствами. Слух у большинствапациентов сохранен, менингеальные и очаговые неврологические симптомы отсутствуют |  |
| **3** | **Назовите**:Диагностика коматозного состояния |  |
|  | **Ответ:**Кома – это угрожающее жизни состояние нарушения сознания, обусловленное повреждением особых структур головного мозга и характеризующееся полным отсутствием контакта больного с окружающим миром. Причины ее возникновения могут быть подразделены на метаболические (отравление продуктами обмена веществ или химическими соединениями) и органические (при которых происходит разрушение участков головного мозга). Основными симптомами являются бессознательное состояние и отсутствие реакций открывания глаз даже на сильные раздражители. В диагностике комы важную роль играет КТ и МРТ, а также лабораторные исследования крови. Лечение прежде всего подразумевает борьбу с основной причиной развития патологического процесса.* Анамнез
* Общее физикальное обследование
* Неврологический осмотр, включая оценку функции глаз
* Лабораторные тесты (например, пульсоксиметрия, измерение уровня глюкозы в крови с помощью портативного глюкометра, анализы крови и мочи)
* Немедленная нейровизуализация
* Измерение ВЧД (в ряде случаев)
* При неясном диагнозе – люмбальная пункция или электроэнцефалограмма (ЭЭГ)

Нарушение сознания диагностируется в том случае, если в ответ на повторные стимулы пациент пробуждается только на короткое время или не пробуждается вовсе. Если в ответ на стимулы вызываются примитивные рефлекторные движения (например, децеребрационная или декортикационная позы), то степень нарушения сознания может нарастать до комы.Установление диагноза и первичная стабилизация состояния (обеспечение проходимости дыхательных путей, дыхания и кровообращения) должны проводиться одновременно. Измеряют температуру для выявления гипотермии или гипертермии; при их наличии лечение начинают незамедлительно. Уровни глюкозы необходимо измерять у постели больного в дежурном режиме для выявления низких показателей, которые также следует корректировать незамедлительно.  |  |
| **Б.1.О.1.13** | **Психоневрология и соматоневрология** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите:**Особенности проявления сенильная дисбазии |  |
|  | **Ответ:**Сенильная дисбазия - наиболее частый тип нарушения походки в пожилом возрасте.Она характеризуется укорочением и замедлением шага, неуверенностью при поворотах, некоторым увеличением площади опоры, легкой или умереннойпостуральной неустойчивостью, отчетливо проявляющейся лишь при поворотах, подталкивании больного или стоянии на одной ноге, а также при ограничении сенсорной афферентации (например, при закрывании глаз). При поворотах нарушается естественная последовательность движений, в результате чего они могут совершаться всем корпусом (en block). Ноги при ходьбе бывают несколько согнуты в тазобедренных и коленных суставах, туловище наклонено вперед, что повышает устойчивость. |  |
| 2 | **Дайте определение:**Болезнь Альцгеймера |  |
|  | **Ответ:**Болезнь Альцгеймера — это хроническое нейродегенеративное заболевание, с медленным началом и значительным ухудшением с течением времени. В 70 % случаев болезнь Альцгеймера приводит к деменции.**Признаки болезни Альцгеймера на ранней стадии** часто ошибочно принимаются за нормальные признаки старения.Кратковременная потеря памяти — наиболее распространенный ранний симптом болезни Альцгеймера, который выражается в том, что больному трудно запоминать последние события. В трети случаев заболевание можно распознать по изменениям поведения.По мере усугубления болезни возникают следующие симптомы:* проблемы с речью;
* дезориентация;
* перепады настроения;
* потеря мотивации;
* снижение критики;
* больные не в состоянии вспомнить нужное слово, и им приходится заменять его другим (парафазии), однако они хорошо повторяют сказанное.
* со временем возникают затруднения при назывании предметов (аномии).
* уже на ранней стадии возникают трудности с пониманием сложных грамматических структур (семантическая афазия), к которому затем присоединяется отчуждение смысла слова﻿﻿﻿﻿﻿

Важный признак болезни Альцгеймера — нарушение **способности справляться с повседневностью.**При заболевании возникаютпроблемы с самообслуживанием и поведенческие расстройства. |  |
| 3 | **Назовите**Клинические признаки диабетической полинейропатии |  |
|  | **Ответ**:У больных диабетом чаще всего диагностируют дистальную сенсомоторную полинейропатию, при которой сначала затрагиваются чувствительные нервы (в основном длинные), идущие к кистям и стопам. Первые симптомы полинейропатии возникают, как правило, именно в стопах, а для развития полинейропатии в кистях требуется больше времени. Со временем в патологический процесс включаются и малые нервные волокна.Симптомы поражения малых нервных волокон:* чувство жжения или покалывания в руках и ногах;
* потеря чувствительности кожи к температуре;
* ночные боли;
* онемение в конечностях;
* чувство зябкости в конечностях;
* отеки стоп;
* сухость и шелушение кожи конечностей;
* повышенная влажность стоп;
* покраснение кожи стоп;
* наличие костных мозолей, незаживающих ран и язв на стопах.

Симптомы поражения больших нервных волокон:* повышенная чувствительность кожи конечностей;
* потеря равновесия;
* патологические изменения в суставах;
* нечувствительность к движениям пальцев.

При повреждении чувствительных нервов происходит полная или частичная потеря чувствительности в конечностях. Человек не испытывает боли при порезах, ранах, ожогах. В итоге могут возникнуть язвы. Если в эти язвы проникнет инфекция, может возникнуть заражение и гангрена. В этом случае единственным выходом будет ампутация части пораженной конечности. При поражении малых нервных волокон у больных часто возникают боли в конечностях различного характера. Они могут быть ноющими, тупыми, покалывающими, дергающими. Ночью болевые ощущения усиливаются. При обширном поражении чувствительных нервов больные могут ощущать похолодание конечностей. Если поражены малые волокна, то человек может перестать различать холодное и горячее, что повышает риск обморожений и ожогов. Однако самым распространенным (а зачастую и единственным) симптомом полинейропатии является чувство онемения в конечностях.При поражении больших нервных волокон человек не чувствует движений пальцев, а также прикосновения. Кроме того, могут возникнуть проблемы с равновесием, которые зачастую описываются как «невозможность понять, где находятся ноги, когда я иду». Самые серьезные трудности возникают при перемещении в темноте.Если поражаются двигательные нервы, мышцы конечностей «худеют» и слабнут, однако такие симптомы возникают не сразу. |  |
| **Б.1.О.1.14** | **Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите:**Лечение рассеянного склероза |  |
|  | **Ответ:** В настоящее время основными терапевтическими целями патогенетической терапии РС являются наступление ремиссии и ее сохранение, а также изменение течения болезни.Терапия РС состоит из трех составляющих компонентов: 1) терапия обострений РС, 2) препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС) 3) симптоматическая терапия (коррекция отдельных симптомов заболевания). Средства для достижения данных целей:Кортикостероиды (пульс-терапия метилпреднизолоном).Цитостатики, антиметаболиты (циклофосфамид, азатиоприн, проспидин).Цитокины (b-интерферон).Антигеноспецифические средства (кополимер-1).Для симптоматической терапии РС применяют:Мышечная спастичность – баклофен, сирдалуд;Тремор – карбамазепин;Нарушение функции мочевого пузыря – атропина сульфат, празозин;Нарушение половой функции – вохимбин, простагландин;Утомляемость – мидантан;Хронические боли – клоназепам, амитриптилин;Психопатологические расстройства – амитриптилин;Температурные пароксизмы – дигоксин, амидопирин. |  |
| 2 | **Назовите:**Виды и способы назначения препаратов ПИТРС |  |
|  | **Ответ:****Препараты 1 линии:**интерферон бета-1а 30 мкг для в/м введения 1 раз в неделю или 44 мкг п/к 3 раза в неделю,интерферон бета-1b 250 мкг п/к через день, глатирамера ацетат 20 мг п/к ежедневно или глатирамера ацетат 40 мг п/к 3 раза в неделю, диметилфумарат 240 мг перорально 2 раза в день, Терифлуномид 14 мг перорально 1 раз в сутки**Препараты 2 линии:**Натализумаб\*\* 300 мг внутривенно 1 раз в 28 дней Финголимод\*\* 0,5 мг перорально один раз в деньАлемтузумаб\*\* 12 мг внутривенно 2 курса терапии (5 инфузий в 1-й год и 3 инфузии во 2-й годОкрелизумаб\*\* 600 мг внутривенно 1 раз в 6 месяцев Кладрибин\*\* в таблетках 10 мг (3,5 мг/кг массы тела пациента в течение 2 лет: 1,75 мг/кг на 1 курс лечения в год общей продолжительностью не более 10 дней каждый курс без приёма препарата в последующие 2 годаМитоксантрон\*\* рекомендуется при высокоактивном РРС  |  |
| 3 | **Назовите:**Критерии Мак-Дональда 2017г. |  |
|  | **Ответ:**Критерии**Постановка диагноза рассеянного склероза** может быть выполнена при соблюдении любых их пяти нижеперечисленных групп критериев, в зависимости от количества клинических атак:≥2 клинических атак≥2 очага и наличие объективных клинических признаковдополнительных данных не требуется≥2 клинических атак1 очаг, наличие объективных клинических признаков и анамнез предполагающий наличие старых очаговдополнительных данных не требуется≥2 клинических атак1 очаг, наличие объективных клинических признаков без анамнеза, предполагающего наличие предыдущих очагов**наличие диссеминации в пространстве при МРТ**1 клиническая атака (напр. клинически изолированный синдром)≥2 очагов и наличие объективных клинических признаков**наличие диссеминации во времени или наличие олигоклональных СМЖ-специфических антител**1 клиническая атака (напр. клинически изолированный синдром)1 очаг, наличие объективных клинических признаковналичие диссеминации в пространстве при МРТналичие диссеминации во времени при МРТ или наличие олигоклональных СМЖ-специфических антител**Диссеминация в пространстве** требует наличия ≥1 T2-гиперинтенсивного очага (≥3 мм по длинной оси), симптоматических и/или асимптоматических, типичных для рассеянного склероза, в двух или более из следующих локализаций:перевентрикулярно (≥1 очага, если пациент старше 50 лет, рекомендуется искать большее количество очагов)кортикально или юкстакортикально (≥1 очага)инфратенториально (≥1 очага)спинной мозг (≥1 очага)Примечательно, T2-гиперинтенсиные очаги зрительного нерва, присутствующие у пациентов с оптикомиелитом зрительного нерва, не могу использоваться в критериях МакДональда от 2017 года.**Диссеминация во времени**Диссеминация во времени может быть установлена одним из двух способов:новый T2-гиперинтенсивный или накапливающий парамагнетик очаг, по сравнению с предыдущим МР исследованием (вне зависимости от давности)одновременное наличие накапливающих и не накапливающего контраст очагов гиперинтенсивного по T2-ВИ на любом МР сканере**Первично прогрессирующий рассеянный склероз (PPMS)**Постановка диагноза требует наличия:≥1 года прогрессирования заболевания, которое может определятся проспективно или ретроспективноНаличие двух из 3-х следующих признаков:≥1 T2-гиперинтенсивного очага в одной или нескольких областях: перивентрикулярной, кортикальной или юкстакортикальной, или инфратенториально≥2 T2-гиперинтенсивных очага в спинном мозгеналичие в СМЖ специфических олигоклональных антител (олигоклональные полосы) |  |
| **Б.1.О.1.15** | **Детский церебральный паралич и аномалии развития нервной системы** | **УК- 1,2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите**:Определение и классификацию деткого церебрального паралича |  |
|  | **Ответ:**Церебральный паралич (ДЦП) – это группа хронических не прогрессирующих нарушений развития движений и позы, приводящих к ограничению активности, возникающих в период развития мозга плода или период младенчества. Двигательные нарушения при церебральном параличе часто сопровождаются нарушением чувствительности, восприятия, когниций и эпилепсией, а также приводят к развитию вторичных мышечно-скелетных аномалий. Рекомендуемая к использованию в клинической практике классификация основывается на типе двигательных нарушений.· Спастическая;· Дискинетическая;· Атактическая формы.Спастическая форма отмечается в 80% большинства исследуемых серий наблюдений. Термин двусторонний спастический паралич используется при описании таких часто вызывающих путаницу определений как диплегия, тетраплегия, двойная гемиплегия и квадриплегия, имеющих разное значение в разных странах. Рекомендуемый возраст для классификации церебрального паралича на подтипы не моложе 4-5 лет. |  |
| 2 | **Назовите**:Что относится к ранней диагностике ДЦП |  |
|  | **Ответ:**Необходимо использовать общую оценку генерализованных движений (GMA)Для определения ранних признаков моторных дисфункций, характерных для церебрального паралича характерны следующие симптомы:· необычные движения или другие аномальные движения, включающие асимметрию или скудность движения· аномальный тонус, включающий гипотонию, спастичность или дистонию (флюктуирующий тонус)· Аномальное моторное развитие, включающий поздний контроль головы, фиксацию взора, симметричность аксиального тонуса· проблемы кормленияЕсли замечены вышеперечисленные признаки необходимо направить ребенка для срочной диагностики на детский церебральный параличНаиболее распространенными отсроченными моторными навыками у детей с церебральным параличом являются:• не сидящие в 8 месяцев (с коррекцией гестационного возраста)• не ходящие в 18 месяцев (с коррекцией для гестационного возраста)• ранняя асимметрия функции руки (предпочтение руки) до 1 года (с коррекцией для гестационного возраста). |  |
| 3 | **Опишите клинику:**Псевдогипертрофической миопатии Беккера |  |
|  | **Ответ:**Тип наследования (рецессивный, сцепленный с Х-хромосомой) и локализация патологического гена аналогичны миопатии Дюшенна. Дистрофия Беккера отличается от миопатии Дюшена более поздним возникновением и более медленным прогрессировавшем. Клиническая картина подобна миопатии Дюшенна: псевдогипертрофия икроножных мышц, возможны контрактуры. В то же время, течение заболевания очень мягкое, прогредиентность медленная, больные многие годы сохраняют трудоспособность и самообслуживание. Уровень КФК умеренно повышен. Интеллект остается нормальным, а поражение сердца выражено в меньшей степени; дыхательная недостаточность развивается после 40 лет.По мере углубления клинических знаний о миопатии Беккера выяснилось, что она также имеет свои варианты, но классическим осталось описание необыкновенно мягкого течения миодистрофии, практически не мешающей пациенту долго сохранять не только способность к передвижению, но и возможность работать, иметь семью, иметь здоровых мальчиков и внешне здоровых девочек, которые являются переносчиками патологического гена миодистрофии. Иногда болезнь протекает так медленно, что пациент сохраняет возможность ходьбы до 60-летнего возраста. Принято считать, в плане дифференциации форм дюшенновской миодистрофии, что при миопатии Дюшенна больной мальчик теряет способность к самостоятельному передвижению до 12 лет; если же пациент с псевдогипертрофиями икроножных мышц ходит после 12-летнего возраста, то это миопатия Беккера. |  |

**4.2. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**4.2.1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Содержание вопроса** | **Коды проверяемых компетенций** |
| ***Тема учебной дисциплины*** |
| **Б.1.О.1.1** | **Социальная гигиена и организация медицинской неврологической помощи в Российской Федерации** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК- 1,2,7,8,9 ПК-4,6** |
| 1 | **Дайте определение следующих понятий**: здоровье, охрана здоровья граждан, медицинская помощь, медицинская услуга, медицинское вмешательство, профилактика, диагностика, лечение, пациент, медицинская деятельность, медицинская организация, фармацевтическая организация, медицинский работник, фармацевтический работник, лечащий врач, заболевание, состояние, основное заболевание, сопутствующее заболевание, тяжесть заболевания, качество медицинской помощи |  |
|  | **Ответ:**Здоровье - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организмаОхрана здоровья граждан (далее - охрана здоровья) - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощиМедицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услугМедицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значениеМедицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременностиПрофилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитанияДиагностика - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятийЛечение - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизниПациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состоянияМедицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целяхМедицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Положения настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. В целях настоящего Федерального закона к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельностьФармацевтическая организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация). В целях настоящего Федерального закона к фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельностьМедицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельностьФармацевтический работник - физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения (далее - лекарственные препараты), их изготовление, отпуск, хранение и перевозкаЛечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его леченияЗаболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организмаСостояние - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощиОсновное заболевание - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смертиСопутствующее заболевание - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смертиТяжесть заболевания или состояния - критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнениемКачество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата |  |
| **Б.1.О.1.2** | **Анатомия и физиология нервной системы. Семиотика и топическая диагностика заболеваний нервной системы.** | **УК- 1,2,3,5****ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5** |
| **1** | **Назовите** пути, проводящие поверхностные виды чувствительности. |  |
|  | **Ответ**:К путям поверхностной чувствительности относятся передний и латеральный спинно-таламический пути.1-ые чувствительные нейроны – псевдоуниполярные клетки спинномозговых узлов, периферические отростки которых начинаются в коже и слизистых и идут в составе периферических нервов, нервных сплетений, спинномозговых нервов к спинномозговым узлам, а центральные в составе задних корешков входят в задний рог СМ и оканчиваются у клеток его основания, где начинается второй нейрон.2-ые нейроны – чувствительные нейроны задних рогов СМ, аксоны которых проходят в косом направлении через белую спайку двух-трех сегментов СМ на противоположную сторону и формируют передний (идет в передних канатиках) и латеральный (идет в боковых канатиках) спинно-таламические пути.Спинно-таламические пути, поднимаясь вверх, проходят в задних отделах продолговатого мозга, моста, ножек мозга и достигают в составе медиальной петли 3-х нейронов. Медиальная петля образована аксонами 2-ых нейронов глубокой чувствительности противоположной стороны. В медиальной петле проводники глубокой чувствительности идут медиально, а поверхностной – латерально. На всем протяжении медиальной петли к различным образованиям гипоталамуса, ретикулярной формации, ядер черепных нервов отходят коллатерали.3-ие нейроны – нейроны бокового ядра зрительного бугра, аксоны которых образуют бугорно-корковые пучки, проходящие через заднюю ножку внутренней капсулы и направляющиеся в виде лучистости в постцентральную извилину и частично в верхнюю теменную дольку.В постцентральной извилине рецепторные поля противоположной половины тела проецируются в обратной последовательности (в верхнем отделе проецируются рецепторы кожи ноги, в среднем – туловища и руки, в нижнем – головы и шеи). |  |
| **Б.1.О.1.3** | **Методы исследования в неврологии** | **УК- 1,2,3,4,5 ОПК− 1,2,3,4 ПК− 1** |
| 1 | **Назовите** уровни замыкания глубоких сухожильных и периостальных рефлексов. |  |
|  | **Ответ:**Нижнечелюстной –МостЗапястно-лучевой (карпорадиальный) - С5-С8Сгибательно-локтевой (биципитальный) - С5-С6Разгибательно-локтевой (триципитальный) - С7-С8Коленный - L2-L4Ахиллов - S1-S2 |  |
| **Б.1.О.1.4** | **Принципы и методы лечения неврологических больных** | **УК- 1,2,3,4,5** **ОПК−1,2,5,6,8 ПК− 1,2,3,5,8** |
| 1 | **Назовите:**Проблемы и принципы межличностного взаимодействия между пациентом и врачом. |  |
|  | **Ответ:**Следует отметить, что предпосылкой возникновения положительных психологических отношений и доверия между медработниками и больными является квалификация, опыт и искусство врача и медсестры. При этом результатом расширяющихся и углубляющихся сведений в современной медицине является повышенное значение специализации, а также создание различных ответвлений медицины, направленных на определенные группы заболеваний в зависимости от локализации, этиологии и способов лечения. Можно отметить, что при этом специализация несёт с собой определенную опасность суженного взгляда врача на больного.Сама медицинская психология может помочь выровнять эти отрицательные стороны специализации благодаря синтетическому пониманию личности больного и его организма. А квалификация является только инструментом, больший или меньший эффект применения которого зависит от других сторон личности врача. Можно отметить определение доверия больного к врачу, данное Гладким: "Доверие к врачу -это положительное динамическое отношение больного к врачу, выражающее предыдущим опытом обусловленное ожидание, что врач имеет способности, средства и желание помочь больному наилучшим образом". Для проявления доверия к медработнику имеет значение первое впечатление, возникающее у пациента при встрече с ним. При этом значение для человека имеет актуальная мимика медицинского работника, его жестикуляции, тон голоса, выражения лица, вытекающие из предыдущей ситуации и не предназначенные для больного, употребление сленговых речевых оборотов, а также его внешний вид. Например, если больной человек видит врача неопрятного, заспанного, то он может потерять веру в него, часто считая, что человек, не способный заботиться о себе, не может заботиться о других. Различные отклонения в поведении и во внешнем виде пациенты склонны прощать только тем медработникам, которых они уже знают и к которым испытывают доверие.Медработник приобретает доверие больных в том случае, если он как личность гармоничен, спокоен и уверен, но не надменен. В основном, в тех случаях; когда его манера поведения. - настойчивая и решительная, сопровождающаяся человеческим участием и деликатностью. Следует отметить, что, принимая серьёзное решение, врач должен представлять себе результаты такого решения, последствия его для здоровья и жизни пациента и повышать в себе чувство ответственности.Особые требования к медработнику предъявляет необходимость быть терпеливым и владеть собой. Он должен всегда предусмотреть различные возможности развития заболевания и не считать неблагодарностью, неохотой лечиться или даже личным оскорблением его со стороны больного, если состояние пациента не улучшается. Бывают ситуации, когда уместно проявить чувство юмора, однако, без тени насмешки, иронии и цинизма. Такой принцип, как "смеяться вместе с больным, но никогда - над больным", известен многим. Однако некоторые больные не переносят юмора даже с добрым намерением и понимают его как неуважение и унижение их достоинства. |  |
| **Б.1.О.1.5** | **Заболевание периферической нервной системы. Болезни мышц и нервно-мышечной передачи** | **УК 1,24,5** **ОПК 1,2,4,5,6,7,8,9,10****ПК1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Показания к хирургическому лечению дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии. |  |
|  | **Ответ:** 1) неэффективность консервативного лечения в течение 2-3 мес. и обнаружении при КТ и миелографии выпавшего диска или остеофита, вызывающего болевой синдром2) при прогрессирующей миелопатии, обусловленной сдавлением СМ3) при развитии синдрома сдавления корешков конского хвоста, других компрессионных синдромов4) при болевых формах в случаях хронического рецидивирующего течения заболевания с короткими ремиссиями и длительными обострениями, в результате которых больные теряют работоспособность5) развитие острой радикуломиелоишемии и выраженный гипералгический синдром, когда даже назначение опиоидов, блокады не уменьшают болевой синдромАбсолютный размер грыжи диска не имеет определяющего значения для окончательного решения об операции и должен рассматриваться во взаимосвязи с клинической картиной, конкретной ситуацией, которая наблюдается в позвоночном канале по данным томографии (например, может быть сочетание небольшой грыжи на фоне стеноза позвоночного канала – нужна операция или наоборот – грыжа большая, но срединного расположения на фоне широкого позвоночного канала – операция не нужна). |  |
| **Б.1.О.1.6** | **Инфекционные заболевания центральной нервной системы**  | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Клиника, клинические формы и диагностика клещевого энцефалита. |  |
|  | **Ответ:** Клиника: инкубационный период около 2 недель; в продромальном периоде наблюдаются общее недомогание, боль в мышцах, повышается температура, а затем развивается поражения в зависимости от формы (полиомиелитическая, бульбарная, менингеальная, полирадикулоневритическая, абортивная) заболевания.Наиболее типична полиомиелитическая форма, наиболее патогномоничный для нее симптом поражения серого вещества спинного мозга и ствола – вялые параличи мышц шеи ("свисающая голова"), проксимальных отделов рук с арефлексией и мышечной гипотонией и отдельных черепных нервов.Для бульбарной формы характерно поражение ствола головного мозга с возникновением дисфагии, дисфонии, дизартрии, атрофии языка.При абортивной форме характерна лихорадка без признаков поражения нервной системы.Для менингеальной формы характерно сочетание симптомов менингита и очаговых поражений (парезов, параличей, нарушений чувствительности и т.д.)Диагностика:1. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ2. Исследование ликвора: в острой стадии повышение давления ликвора; лимфоцитарный плеоцитоз, небольшой или умеренный гиперальбуминоз. |  |
| **Б.1.О.1.7** | **Сосудистые заболевания нервной системы** | **УК- 1,3,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5.6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Классификацию нарушений мозгового кровообращения (нмк) |  |
|  | **Ответ:** I. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения (медленно прогрессирующее нарушение мозгового кровообращения) Дисциркуляторная энцефалопатия (1, 2-я и 3-я стадии)II. Острое нарушение мозгового кровообращения1. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПМНК)1.1. Транзиторные ишемические атаки (ТИА)1.2. Гипертонические церебральные кризы2. Инсульты2.1. Ишемические2.2.Геморрагические (паренхиматозные, оболочечные, паренхиматозно-оболочечные)3. Острая гипертоническая энцефалопатия |  |
| **Б.1.О.1.8** | **Вегетативные и нейроэндокринные расстройства** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Симптомы поражения гипоталамуса |  |
|  | **Ответ:**Гипоталамические синдромы (диэнцефальные синдромы) — симптомокомплексы, возникающие при поражении гипоталамической области и характеризующиеся вегетативными, эндокринными, обменными и трофическими расстройствами.Клиническая картина различных синдромов зависит как от преимущественной локализации поражения в пределах гипоталамуса (задний или передний его отделы), так и от особенностей нейрогуморальных нарушений в гипоталамо-гипофизарной системе. Гипоталамус является той областью головного мозга, где происходит интеграция нервных и гуморальных функций, что обеспечивает гомеостаз. Он регулирует периодичность физиологических процессов, поэтому при патологии гипоталамуса нарушается периодичность той или иной функции, что проявляется пароксизмом (кризом) вегетативного характера. Г. с. развиваются при опухолях головного мозга, таких заболеваниях, как грипп, малярия, ревматизм, хронический тонзиллит, реже при вирусных нейроинфекциях, закрытой черепно-мозговой травме, сосудистых заболеваниях, хронических интоксикациях. Определенное значение имеют психогенные факторы.В развитии патологических изменений играет роль повышенная проницаемость сосудов гипоталамической области, что способствует проникновению в эту зону мозга токсинов и вирусов, а также значительная травматизация этой области за счет перемещения цереброспинальной жидкости при черепно-мозговой травме, гидроцефалии, опухолях.Среди больных с Г. с. преобладают женщины, чаще в возрасте 31—40 лет. У значительной части больных Г. с. протекают приступообразно (пароксизмально), в виде кризов. Гипоталамический криз в типичных случаях характеризуется смешанной симптоматикой: диффузной головной болью, реже несистемным головокружением, болями в области сердца, сердцебиением, затруднением дыхания, ознобоподобным тремором, чувством беспокойства, страха, иногда жаждой, чувством голода, болями в эпигастральной области, затем наступают позывы на мочеиспускание с обильным выделением светлой мочи, и приступ заканчивается резкой общей слабостью.Существуют преимущественно симпатико-адреналовые и вагоинсулярные кризы.При симпатико-адреналовых кризах вследствие сужения сосудов наступает побледнение кожи, повышается системное АД, появляются тахикардия, ознобоподобный тремор, страх, снижается температура тела (гипотермия). Характерно увеличение содержания в моче 17-оксикортикостероидов.Вагоинсулярные кризы проявляются понижением АД, брадикардией, болями в области сердца, спазмами кишечника, обильным потоотделением, гипертермией и частым мочеиспусканием, содержание 17-оксикортикостероидов в моче уменьшено.В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют следующие Г. с.:синдром с гипоталамической (диэнцефальной) эпилепсией,синдром с вегетативно-висцерально-сосудистыми расстройствами,гипоталамический синдром с нарушением терморегуляции,синдромы с нервно-мышечными расстройствами,синдром с нейротрофическими нарушениями,синдром с нейроэндокринными нарушениями,гипоталамический синдром с нервно-психическими расстройствами. |  |
| **Б.1.О.1.9** | **Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы** | **УК-2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите:** Клинику и патогенез прогрессирующих мышечных дистрофий Дюшена и Беккера |  |
|  | **Ответ:** Миодистрофия Дюшена.Наследуется по рецессивному типу, сцепленному с Х-хромосомой.Патогенез: мутации (чаще делеция) приводят к отсутствию дистрофина в мембране мышечных клеток и изменению сарколеммы; это способствует выходу кальция и ведет к гибели миофибриллКлиника: характерно раннее начало и злокачественное течение, болеют преимущественно мальчики; первый признак – уплотнение и увеличение икроножных мышц, постепенное увеличение их объема за псевдогипертрофии (жирового перерождения); процесс носит восходящий характер; характерна "утиная походка" (за счет слабости ягодичных мышц), феномен Транделенбурга (наклон таза в сторону неопорной ноги), феномен Дюшена (компенсаторный наклон туловища в противоположную сторону); часто выраженный лордоз, крыловидные лопатки, типичные мышечные контрактуры, рано выпадают коленные рефлексы; изменения в костной системе; снижения интеллекта; эндокринные расстройстваМиодистрофия Беккера.Наследуется по рецессивному типу, сцепленному с Х-хромосомой.Патогенез: как в предыдущей форме, но количество дистрофина не отсутствует, а сниженоКлиника: похожа на миодистрофию Дюшена, отличается более поздним началом, доброкачественным течением, сохранением интеллекта, отсутствием изменений со стороны эндокринной системы |  |
| **Б.1.О.1.10**  | **Травматическое поражение нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Классификацию ЗЧМТ по тяжести.  |  |
|  | **Ответ:** Условно можно распределить различные виды закрытых ЧМТ по степени тяжести:1. Легкая ЧМТ:а) сотрясение головного мозга;б) ушиб головного мозга легкой степени;2. ЧМТ средней степени тяжести:а) ушиб мозга средней степени тяжести;б) подострое и хроническое сдавление мозга;3. Тяжелая ЧМТ:а) ушиб мозга тяжелой степени;б) диффузное аксональное повреждение мозга;в) острое сдавление мозга; г) сдавление головы |  |
| **Б.1.О.1.11** | **Опухоли центральной нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Классификацию опухолей головного мозга |  |
|  | **Ответ:**По локализации ОГМ:1. супратенториальные (полушарные, внутрижелудочковые, подкорковые и другие)2. опухоли гипофизарной области (гипофиз, турецкое седло)3. субтенториальные (мозжечок, мозговой ствол, четвертый желудочек и другие)Гистологическая классификация:1. менингососудистые опухолиа. менингиома (арахноидэндотелиома)б. ангиоретикулома2. опухоли нейро-эктодермального происхожденияа. астроцитомаб. олигодендроглиомав. мультиформная глиобластома (спонгиобластома)г. медуллобластомад. эпендимомае. пинеаломаж. невринома3. гипофизарные опухоли4. метастатические опухоли |  |
| **Б.1.О.1.12** | **Неотложные состояния в неврологии** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2.3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите:** Клинику эпилептического статуса. |  |
|  | **Ответ:**ЭС – серия судорожных припадков, следующих один за другим с интервалом в несколько минут, может длиться несколько часов. Опасен для жизни вследствие возможности ущемления ствола мозга из-за отека ГМ.Различают ЭС:а) судорожный – осложнение генерализованных тонико-клонических припадковб) безсудорожный – осложнение абсансов или сложных парциальных припадковЭС возникает чаще у людей, длительно болеющих эпилепсией или провоцируется массивными эндо- и экзогенными вредностями (алкоголь).Причины развития эпилептического статуса.Неадекватное лечение эпилепсии.Резкое снижение дозы противосудорожных средств.Присоединение интеркуррентных заболеваний (инфекции, интоксикации, ЧМТ).Припадки других, не связанных с эпилепсией, заболеваний мозга (гематомы, опухоли, воспаления).Формы эпилептического статуса.Статус тонико-клонических судорог.Статус Джексоновских припадков.Статус абсансов.Статус психомоторных припадков. |  |
| **Б.1.О.1.13** | **Психоневрология и соматоневрология** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите:**Клинику парциальных припадков. |  |
|  | **Ответ:** Клиника простых парциальные припадков: начинаются локально без нарушения сознания; различные симптомы в зависимости от локализации очага эпилепсии:а) моторные припадки (Джексоновские) – вызываются разрядами в какой-либо части коры; приступы судорог в группе мышц противоположной стороны расположения эпилептического очага; эти судороги могут распространяться на соседние мышцы в порядке, обусловленным особенностями топики в проекционных зонах коры (Джексоновский марш: судороги в лице распространяются на пальцы кисти, кисть, затем надплечье, плечо); могут быть окулоклонические (нистагм), глазодвигательные (отведения головы и глаз), вращательные (поворот туловища вокруг своей оси) припадкиб) сенсорные припадки: соматосенсорные (Джексоновские припадки с парестезиями), зрительные (фотопсии, скотомы, амавроз, искажение восприятия – иллюзии, галлюцинации, макропсии, микропсии), слуховые (шум, звон, свист, искажение восприятия – усиление или ослабление звуков), обонятельные (ощущение неприятного запаха), вкусовые (привкус металла во рту), вестибулярные (ощущения падения, качания, системного головокружения), вегетативные висцеральные (тошнота, бледность, покраснение лица, гипергидроз, мидриаз, удушье, сердцебиение)2. Клиника сложных парциальных припадков: сопровождаются некоторым нарушением сознания; начинаются с ауры – предвестника эпиприпадка (тошноты, слабости, головокружения, онемения губ, болей в груди и т.д., ощущение нереальности, слуховые или зрительные галлюцинации); при локализации очага эпилепсии (ОЭ) в височной области – оральный автоматизм (жевание, чмокание губами, облизывание губ, насильственное глотание), словесные, амбулаторные (больные могут передвигаться на большие расстояния), эмоциональные (неприятные переживания, тревога, эйфория) расстройства3. Клиника парциальных припадков с вторичной генерализацией: вначале возникает парциальный припадок, который затем переходит в генерализованный. |  |
| **Б.1.О.1.14** | **Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Опишите:**Клинические проявления рассеянного склероза. |  |
|  | **Ответ:** 1. поражение пирамидных путей: центральные парезы (наиболее часто нижних конечностей), повышение глубоких и снижение поверхностных рефлексов, НО снижение мышечного тонуса (из-за поражения задних столбов СМ и/или проводящих путей мозжечка)2. поражение связей мозжечка: нарушение походки и равновесия, статическая и динамическая атаксия, дисметрия (нарушение оценки расстояния), асинергия (утрата содружественных движений), интенционный тремор, мимопопадание, скандированная речь3 поражение черепных нервов (чаще I, III, IV, VIII)4. нарушение глубокой и поверхностной чувствительности: парестезии, расстройства болевой чувствительности, проводниковые расстройства, нарушение мышечно-суставного чувства и сенсорная атаксия5. нарушения функции тазовых органов: императивные позывы, учащение или задержка мочеиспускания, запоры, сексуальные расстройства6. нарушение зрение: снижение остроты, концентрическое сужение полей зрения, скотомы7. нервно-психологические нарушения: снижение интеллекта, расстройства поведения (апатия, депрессия)8. симптом Лермитта: кратковременное чувство прохождения электрического тока через позвоночник с иррадиацией в верхнюю и нижнюю конечности при наклоне головы вперед9. симптом Уотхофа: после приема горячей ванны или при утомлении временно усиливается неврологический дефект |  |
| **Б.1.О.1.15** | **Детский церебральный паралич и аномалии развития нервной системы** | **УК- 1,2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Черепно-мозговые грыжи |  |
|  | Ответ:Черепно-мозговые грыжиПредставляют собой сочетанный порок развития мозга и черепа в результате дефекта закрытия переднего конца нервной трубки. Частота порока 1 на 5000 новорожденных.Грыжи обычно локализуются по средней линии в области смыкания черепных швов. Кожа, покрывающая грыжевое выпячивание, синюшно-багрового цвета или с гиперпигментацией. На коже над грыжей может быть изъязвление, что ведет к ликворее и инфицированию.В зависимости от содержимого различают менингоцеле, энцефаломенингоцеле, энцефалоцистоцеле.Менингоцеле – это выбухание в костный дефект оболочек мозга. Грыжа просвечивает, при пункции спадается, кожа над ней истончена.Энцефаломенингоцеле – выпячивание вещества мозга и оболочек в дефект черепа. Симптоматика зависит от локализации и величины грыжевого выпячивания. При грыже в области затылочного отверстия (задняя черепно-мозговая грыжа) наблюдается нарушение походки, статики, координации, мышечного тонуса. Может быть нарушение глотания, дыхания. При грыже в области решетчатой кости она располагается интраназально. Основное проявление – это дыхательные нарушения и отсутствие носового дыхания.Энцефалоцистоцеле – грубый порок развития, когда в грыжевой мешок выпячиваются не только оболочки и вещество мозга, а также и желудочки мозга. Наблюдаются аномалии сосудистой и ликворной систем мозга.Диагноз черепно-мозговой грыжи устанавливается на основании осмотра. Может проводиться пункция грыжи. Лечение – хирургическое. |  |

**4.2.2 Тестовые задания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Содержание тестового задания**  | **Коды****проверяемых компетенций** |
| ***Тема учебной дисциплины*** |
| **Б.1.О.1.1** | **Социальная гигиена и организация медицинской неврологической помощи в Российской Федерации** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК- 1,2,7,8,9** **ПК-4,6** |
|  | **Инструкция: Выберите один правильный ответ.** |  |
| 1 | Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" медицинская помощь неврологическим больным оказывается в форме:1. экстренной, неотложной, плановой.
2. немедленной, запланированной.
3. экстренной, немедленной, отсроченной.
4. экстренной, плановой.
 |  |
|  | Ответ: а |  |
| 2 | Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" медицинская помощь неврологическим больным оказывается в следующих условиях:1. вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.
2. вне медицинской организации, в дневном стационаре, стационарно.
3. вне медицинской организации, амбулаторно, стационарно.
4. амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.
 |  |
|  | Ответ: а |  |
| **Б.1.О.1.2** | **Анатомия и физиология нервной системы. Семиотика и топическая диагностика заболеваний нервной системы.** | **УК- 1,2,3,5****ОПК− 1,3,4,6,7** **ПК− 1,4,5** |
| 3 | При центральном пирамидном параличе не наблюдается:1. Гипотрофии мышц
2. Повышения сухожильных рефлексов:
3. Нарушения функции тазовых органов
4. Нарушения электровозбудимости нервов и мышц
 |  |
|  | **ответ: г.** |  |
| 4 | Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии:1. Латерально
2. Медиально
3. Вентрально
4. Дорсально
 |  |
|  | **ответ: в** |  |
| **Б.1.О.1.3** | **Методы исследования в неврологии** | **УК- 1,2,3,4,5** **ОПК− 1,2,3,4** **ПК− 1** |
| 5 | Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования 1. четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга
2. визуализируются сосуды мозга и оболочек
3. можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга
4. легко определяются петрификаты в ткани мозга
 |  |
|  | **Ответ: в** |  |
| 6 | Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить 1. компьютерную томографию
2. компьютерную томографию с контрастированием
3. магнитно-резонансную томографию
4. позитронно-эмиссионную томографию
5. все методы одинаково информативны
 |  |
|  | **ответ: в** |  |
| **Б.1.О.1.4** | **Принципы и методы лечения неврологических больных** | **УК- 1,2,3,4,5** **ОПК−1,2,5,6,8** **ПК− 1,2,3,5,8** |
| 7 | В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять 1. гидрокортизон
2. преднизолон
3. дексаметазон
4. кортизон
 |  |
|  | **ответ: в** |  |
| **8** | Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является 1. нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии
2. резкая болезненность суставов
3. нарушение функции тазовых органов
4. сердечная недостаточность II-III ст.
5. нарушение координации
 |  |
|  | **ответ: г** |  |
| **Б.1.О.1.5** | **Заболевание периферической нервной системы. Болезни мышц и нервно-мышечной передачи** | **УК 1,24,5** **ОПК 1,2,4,5,6,7,8,9,10****ПК1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 9 | Для невралгической амиотрофии Персонейджа - Тернера характерны:1. дистальный парез руки
2. боль в области надплечья, атрофия мышц плеча
3. корешковая гипестезия в зоне С5-С6
4. диссоциированное расстройство чувствительности в кисти
 |  |
|  | **ответ: а** |  |
| 10 | При лечении идиопатической невропатии лицевого нерва патогенетическая терапия включает:1. глюкокортикостероиды.
2. антибактериальная терапия.
3. блокаторы кальциевых каналов.
4. ноотропные препараты.
 |  |
|  | **ответ: а** |  |
| **Б.1.О.1.6** | **Инфекционные заболевания центральной нервной системы**  | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 11 | Для церебрального цистицеркоза характерен плеоцитоз:1. нейтрофильный
2. лимфоцитарно-базофильный
3. лимфоцитарный
4. лимфоцитарно-моноцитарный
 |  |
|  | **ответ: а** |  |
| 12 | Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено^1. вялыми параличами ног
2. мозжечковой атаксией
3. сенситивной атаксией
4. снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов
 |  |
|  | **Ответ: в** |  |
| **Б.1.О.1.7** | **Сосудистые заболевания нервной системы** | **УК- 1,3,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5.6,7,8** |
| 13 | Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" время с момента поступления больного с признаками ОНМК до получения дежурным врачом-неврологом заключения КТ или МРТ-исследования головного мозга и исследования крови должно составлять: 1. не более 40 минут.
2. не более часа.
3. не менее 40 минут.
4. не более 30 минут.
 |  |
|  | **ответ: а** |  |
| 14 | Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" при подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания направляются:1. в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии специализированного неврологического отделения.
2. в отделение терапии.
3. в неврологическое отделение.
4. в любое отделение.
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| **Б.1.О.1.8** | **Вегетативные и нейроэндокринные расстройства** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| **15** | Клинические проявления синдрома Иценко - Кушинга (гиперкортицизма) характеризуются 1. похуданием
2. ожирением
3. гипергликемией
4. гипогликемией
5. верно а) и г)
6. верно б) и в)
 |  |
|  | **Ответ: е** |  |
| **16** | Непосредственной причиной развития клинической картины острой надпочечниковой недостаточности может быть 1. психострессорный фактор
2. поражение коры надпочечников различной этиологии
3. недостаточная доза глюкокортикоидов при заместительной терапии
4. верно б) и в)
5. все перечисленное
 |  |
|  | **Ответ: д** |  |
| **Б.1.О.1.9** | **Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы** | **УК-2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 17 | Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальценосовой пробы характерно:1. Для статико-локомоторной атаксии
2. Для динамической атаксии
3. Для лобной атаксии
4. Для сенситивной атаксии
 |  |
|  | **Ответ: б** |  |
| 18 | Для лечения болезни Вильсона-Коновалова применяется:1. D-пеницилламин (купренил)
2. дофасодержащие средства (наком)
3. агонисты дофамина (мидантан)
4. блокаторы кальциевых каналов (нимотоп)
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| **Б.1.О.1.10**  | **Травматическое поражение нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 19 | Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует 1. о внутричерепной гематоме
2. об ушибе мозга
3. о переломе костей черепа
4. о всем перечисленном
5. верно а) и б)
 |  |
|  | **Ответ: д** |  |
| 20 | Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают 1. при компьютерной томографии
2. при ангиографии
3. при эхоэнцефалографии
4. при всем перечисленном
5. верно а) и в)
 |  |
|  | **Ответ: г** |  |
| **Б.1.О.1.11** | **Опухоли центральной нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 21 | Ремитирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации 1. в поясничном отделе
2. в шейном отделе
3. в области конского хвоста
4. в грудном отделе
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| 22 | Среди первичных опухолей спинного мозга наиболее редко встречаются 1. глиомы
2. гемангиомы
3. невриномы
4. менингиомы
 |  |
|  | **Ответ: б** |  |
| **Б.1.О.1.12** | **Неотложные состояния в неврологии** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2.3,4,5,6,7,8** |
| 23 | Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется 1. длительным коматозным состоянием с момента травмы
2. развитием комы после "светлого" периода
3. отсутствием потери сознания
4. кратковременной потерей сознания
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| 24 | Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль 1. распирающего характера
2. распирающего характера в затылочной части
3. пульсирующего характера по всей голове
4. сдавливающего характера в лобно-теменной области
 |  |
|  | **Ответ: а** |  |
| **Б.1.О.1.13** | **Психоневрология и соматоневрология** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 25 | При эссенциальном наследственном дрожании препаратами выбора являются 1. a-адренергические блокаторы (пирроксан)
2. b-адренергические блокаторы (анаприлин)
3. дофасодержащие средства (L-допа, наком)
4. агонисты дофаминовых рецепторов (бромкриптин)
5. верно а) и б)
6. все перечисленные препараты
 |  |
|  | **Ответ: д** |  |
| 26 | Не участвуют в гуморальном механизме регуляции мозгового кровообращения 1. катехоламины
2. пептиды
3. липопротеины
4. простагландины
 |  |
|  | **Ответ: в** |  |
| **Б.1.О.1.14** | **Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 27 | Для острого рассеянного энцефаломиелита не характерно развитие 1. пирамидных нарушений
2. расстройства глубокой чувствительности
3. вестибуло-мозжечковых расстройств
4. экстрапирамидных нарушений
5. нарушения функции тазовых органов
 |  |
|  | **Ответ: г** |  |
| 28 | Морфологическим субстратом пирамидных симптомов при остром рассеянном энцефаломиелите являются 1. пролиферация мезоглии в белом веществе
2. гибель осевых цилиндров
3. распад миелина
4. верно а) и б)
5. верно б) и в)
 |  |
|  | **Ответ: д** |  |
| **Б.1.О.1.15** | **Детский церебральный паралич и аномалии развития нервной системы** | **УК- 1,2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 29 | Причиной хромосомных заболеваний могут быть 1. изменения числа хромосом
2. изменения размера хромосом
3. нарушения структуры хромосом
4. влияние факторов внешней среды
5. верно а), б) и в)
6. все перечисленное
 |  |
|  | **Ответ: д** |  |
| 30 | В основу классификации наследственных болезней, учитывающей их генетическую природу, положены особенности 1. генных мутаций
2. хромосомных мутаций
3. количественных изменений хромосом
4. верно а) и в)
5. все перечисленное
 |  |
|  | **Ответ: д** |  |

**4.2.3. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Содержание задания** | **Коды****компетенций** |
| ***Тема учебной дисциплины*** |
|  |  |  |
| **Б.1.О.1.1** | **Социальная гигиена и организация медицинской неврологической помощи в Российской Федерации** | **УК- 1,2,4,5 ОПК- 1,2,7,8,9** **ПК-4,6** |
| **1** | **Обоснуйте** структуру порядка оказания медицинской помощи. |  |
|  | **Ответ:**Структура любого порядка оказания медицинской помощи определяется статьей 37 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и включает в себя:* этапы оказания медицинской помощи
* правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача)
* стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений
* рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений
 |  |
| **Б.1.О.1.2** | **Анатомия и физиология нервной системы. Семиотика и топическая диагностика заболеваний нервной системы.** | **УК- 1,2,3,5****ОПК− 1,3,4,6,7** **ПК− 1,4,5** |
| 1 | **Назовите:**Какие виды профилактических медицинских осмотров вы знаете |  |  |
|  | **Ответ:**Различают следующие виды профилактических медицинских осмотров:- целевые профилактические медицинские осмотры - медицинские об­следования, предпринятые с целью выявления определенных заболеваний на ранней стадии и охватывающие различные группы организованного и неор­ганизованного населения;- углубленные профилактические медицинские осмотры — медицинские обследования организованных контингентов несколькими специалистами (терапевтом, окулистом, оториноларингологом и др.) для выявления заболеваний, патологических процессов, отклонений от нормы и т.п.;- обязательные предварительные (при поступлению на работу) и перио­дические медицинские осмотры лиц, занятых во вредных и опасных услови­ях труда, - медицинские обследования лиц при поступлении на работу с опасными и вредными условиями труда, в последующем - систематические (периодические) обследования этих лиц. |  |  |
| **Б.1.О.1.3** | **Методы исследования в неврологии** | **УК- 1,2,3,4,5 ОПК− 1,2,3,4 ПК− 1** |
| 1 | **Назовите**:Что помогает выявить центральный и периферический паралич-парез конечностей. |  |
|  | **Ответ:**1. Исследовать активные движения во всех суставах верхних и нижних конечностей.2. Исследование пассивных движений в тех суставах, где ограничены активные движения.3. Исследование мышечного тонуса пальпаторно и методом пассивных движении.4. Исследование мышечной силы по 5- балльной системе.5. Исследование сухожильных рефлексов (с бицепса, трицепса, коленных, ахилловых).6. Исследование патологических рефлексов: (Бабинского, Оппенгейма, Россолимо). |  |
| **Б.1.О.1.4** | **Принципы и методы лечения неврологических больных** | **УК- 1,2,3,4,5** **ОПК−1,2,5,6,8** **ПК− 1,2,3,5,8** |
| 1 | Проведите беседу с пациентом о вреде курения, попытайтесь создать у него мотивацию для отказа от курения |  |
|  | **Ответ:**1) У курильщиков значительно чаще возникают и тяжелее протекают такие острые болезни, как воспаление гортани, глотки, острый бронхит, вирусные инфекции дыхательных путей, пневмония.2) Опухоли: основная причина развития 30% всех опухолей - курение. Особенно высок риск возникновения опухоли в таких органах как легкие, ротовая полость, пищевод, желудок, поджелудочная железа, шейка матки, матка, почки, мочевой пузырь.3) Не смертельные болезни от курения: потеря слуха, хроническая боль спины и шеи, катаракта, диабет 2 типа, нарушения потенции, дегенерация макулы (слепота), остеоартрит, остеопороз, нарушения психики и т.д. 4) Курение во время беременности вызывает повышенный рисксмертности плода, понижения веса новорожденного и поражения ЦНС, способствует появлению таких аномалий как волчья пасть, пороки развития сердца. С курением будущих мам связаны такие осложнения беременности как риск отслойки плаценты и предлежание плаценты.5) Пассивное курение в детском возрасте вызывает заболеваниядыхательных путей. У взрослых - опухоли, ССЗ, рак легкого и инсульты даже выше, чем у курящих людей.6) С курением связано:- повышен риск к заболеваниям ССС: сердечных артерий, кардиомиопатии, инсульт. - поражается эндотелий сосудов, приводит к атеросклерозу, повышенной агрегации тромбоцитов, содержанию углерода монооксида, повышению плазменной вискозности, фибриногена, общего холестерина и понижения концентрации высокоплотных липопротеинов. - риск сердечных аритмий повышается, поскольку никотин повышает ЧСС, АД, потребность в кислороде сердечной мышцы. |  |
| **Б.1.О.1.5** | **Заболевание периферической нервной системы. Болезни мышц и нервно-мышечной передачи** | **УК 1,24,5** **ОПК 1,2,4,5,6,7,8,9,10****ПК 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| **1** | Выявить центральный и периферический паралич-парез конечностей. |  |
|  | **Ответ:**1. Исследовать активные движения во всех суставах верхних и нижних конечностей.2. Исследование пассивных движений в тех суставах, где ограничены активные движения.3. Исследование мышечного тонуса пальпаторно и методом пассивных движении.4. Исследование мышечной силы по 5- балльной системе.5. Исследование сухожильных рефлексов (с бицепса, трицепса, коленных, ахилловых).6. Исследование патологических рефлексов: (Бабинского, Оппенгейма, Россолимо). |  |
| **Б.1.О.1.6** | **Инфекционные заболевания центральной нервной системы**  | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Составьте**план противоэпидемических мероприятий по локализации очага в случае выявления на дому (учреждении) больного с подозрением на инфекционную болезнь, вызывающую чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения |  |
|  | **Ответ:**При выявлении больного на дому (в учреждении) врачом поликлиники или станции скорой медицинской помощи врач принимает меры для его временной изоляции в отдельной комнате, оказывает больному медицинскую помощь, максимально обезопасив себя от заражения. Врач (фельдшер) до получения защитной одежды обрабатывает руки, открытые части тела любым имеющимся дезинфицирующим средством (спирт, водка, одеколон, дезодорант и т.д.), нос и рот закрывает полотенцем или маской, сделанной из подручных материалов (ваты, марли, бинта).О выявленном больном с помощью родственников, соседей или водителя машины скорой помощи сообщает главному врачу поликлиники или скорой медицинской помощи.Врач, выявивший больного, обязан собрать эпиданамнез, взять на учет всех лиц, контактировавших с больным с начала его заболевания. После эвакуации больного и приезда бригады дезинфекторов врач снимает рабочую одежду, помещает ее в дезинфицирующий раствор или влагонепроницаемые мешки, обрабатывает обувь, принимает средства личной экстренной профилактики.При выявлении больного с подозрением на малярию, желтую лихорадку, лихорадки Западного Нила, Денге, Рифт-Валли описанные мероприятия не требуются. Больной специальным транспортом направляется в инфекционный стационар для госпитализации. |  |
| **Б.1.О.1.7** | **Сосудистые заболевания нервной системы** | **УК- 1,3,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5.6,7,8** |
| 1 | **Дайте рекомендации** пациенту с гиперхолестеринемией по вопросам немедикаментозных методов снижения холестерина. |  |
|  | **Ответ:**Основные немедикаментозные способы снижения холестерина:1) сбалансированная диета с пониженным содержанием холестерина;-2) достаточная физическая активность,3) ликвидация дополнительных факторов риска: - снижение массы тела,- снижение кровяного давления,- отказ от курения,- регулярный контроль артериального давления, сахара крови, липидограмма |  |
| **Б.1.О.1.8** | **Вегетативные и нейроэндокринные расстройства** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Расскажите** про виды дермографизма и оцените его у пациента |  |
|  | **Ответ**Малый дермографизм. Белый дермографизм. Проводят тупымконцом инъекционной иглы (или рукояткой неврологического молоточка) по коже груди или обычно спины с незначительным давлением. Через 10 - 20 с появляется линия белого дермографизма на участке кожи, подвергнутой раздражению, которая исчезает в пределах 10 минут. Побледнение кожи обусловлено спазмом капилляров при слабом их раздражении.Красный дермографизм. Проводят тупым предметом вертикальные линии на коже с несколько большим усилием, чем для вызывания белого дермографизма. Через 10 - 15 с на месте раздражения возникает полоса красного цвета, исчезающая в пределах часа или полутора часов. Покраснение кожи вызвано расширением капилляров при их значительном раздражении.Возвышенный дермографизм. Проводят тупым предметомвертикальные линии на коже со значительным усилием. После чего сначала на месте раздражения кожи возникает красная, а спустя 1- 2 минуты белая возвышенная полоса, окруженная красной фестончатой каймой.Рефлекторный дермографизм. Проводят легким прикосновениемиглы линию на коже. Спустя 10 - 30 с возникает ярко-красная полоса шириной 1 - 6 мм с неровными краями, внутри которой находятся более бледные или нормальные участки кожи. Покраснение возникает из-за рефлекторного расширения артериол и является вазомоторным рефлексом. |  |
| **Б.1.О.1.9** | **Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы** | **УК-2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Расскажите** про нейропсихологические методы исследования |  |
|  | **Ответ**Нейропсихологическое тестирование является объективным способом оценки состояния когнитивных функций и целесообразно в следующих ситуациях:при наличии активных жалоб когнитивного характера со стороны пациента;если у врача в процессе общения с пациентом складывается собственное подозрение на наличие КН (например, при трудностях сбора жалоб, анамнеза, невыполнении рекомендаций);при необычном поведении пациента, снижении критики, чувства дистанции или при возникновении в пожилом возрасте психотических расстройств;если третьи лица (родственники, сослуживцы, друзья) сообщают о снижении памяти или других когнитивных способностей пациента.Для оценки состояния памяти используются задания на запоминание и воспроизведение слов, зрительных изображений, двигательных серий и т.д. Наиболее часто используются тесты на слухоречевую память: запоминание списка слов, двух конкурентных серий по 2-3 слова в каждой, предложений, фрагмента текста. Наиболее специфичной методикой считается опосредованное запоминание слов: пациенту предъявляются для запоминания слова, которые он должен рассортировать по семантическим группам (например, животные, растение, мебель и т.д.). Название семантической группы при воспроизведении используется в качестве подсказки (например: «Вы запоминали еще какое-то животное» и др.). Согласно общепринятой точке зрения, благодаря указанной процедуре нивелируются нарушения памяти, связанные с дефицитом внимания.Для оценки состояния восприятия исследуют узнавание пациентом реальных предметов, их визуальных изображений, иного стимульного материала различных модальностей. Восприятие схемы собственного тела исследуется с помощью проб Хэда.Для сценки праксиса пациента просят выполнить то или иное действие (например: «Покажите, как расчесываются, как режут бумагу ножницами и т.д.). Конструктивный праксис оценивается в пробах на рисование: просят пациента нарисовать самостоятельно или перерисовать трехмерное изображение (например, кубик), часы со стрелками и др.Для оценки речи следует обратить внимание на понимание обращенной речи, беглость, грамматический строй и содержание высказываний самого пациента. Исследуют также повторение слов и фраз за врачом, чтение и письмо, проводят пробу на называние предметов (номинативная функция речи).Для сценки интеллекта можно использовать пробы на обобщение (например: «Скажите, пожалуйста, что общего между яблоком и грушей, пальто и курткой, столом и стулом»). Иногда просят интерпретировать пословицу, дать определение того или иного понятия, описать сюжетную картинку или серию картинокВ повседневной клинической практике хорошо зарекомендовали себя стандартные тестовые наборы с формализованной (количественной) оценкой результатов, которые позволяют провести экспресс-оценку нескольких когнитивных функций в условиях лимитированного времени. |  |
| **Б.1.О.1.10**  | **Травматическое поражение нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Расскажите:**Как провести люмбальную пункцию |  |
|  | **Ответ** Процедура не нуждается в подготовке пациента. Врач обрабатывает руки в стерильных перчатках.Место прокола выбирается путем прощупывания межпозвонковых промежутков с учетом костных ориентиров. Техника выполнения предусматривает, что спинномозговая пункция выполняется у взрослых на уровне 2-3 поясничных позвонков, у детей — между 4 и 5.В выбранный участок с помощью шприца вводят анестетик (лидокаин или новокаин). Иглу вынимают и ожидают 2-3 минуты до наступления обезболивающего эффекта. Затем вынимают мандрен и измеряют давление спинномозговой жидкости. Затем с помощью лабораторной трубки врач собирает ликвор. После этого алгоритм процедуры предусматривает повторное измерение давления и изъятие иглы. Место люмбальной пункции закрывается, пациент занимает горизонтальное положение.В течение 24 часов человеку необходим абсолютный покой. Пациент должен лежать целый день неподвижно, даже без поднятия головы, и потреблять достаточное количество жидкости. |  |
| **Б.1.О.1.11** | **Опухоли центральной нервной системы** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите** основные симптомы, которые помогают определить, что у человека опухоль мозга |  |
|  | **Ответ**:При новообразованиях лобной доли наблюдаются перепады настроения, грубое нарушение психики, непроизвольные движения, нарушение речи и координации движений.В центральной извилине опухоль головного мозга определить можно по двигательным и чувствительным нарушениям, возникновению патологических рефлексов (Бабинского, Оппенгейма, Бехтерева). При локализации патологии в височной доле возникают эпилептические припадки, слуховые и обонятельные галлюцинации, косоглазие. В затылочной доле опухоль головного мозга можно обнаружить по черно-белым зрительным галлюцинациям, расстройству цветоощущения, повышению внутричерепного давления и застойным дискам зрительного нерва при нейроофтальмологическом исследовании. Новообразования боковых желудочков проявляются тошнотой, рвотой, головокружением, головной болью, кратковременными потерями сознания, что связано с гидроцефалией. Определить опухоль в мозге с локализацией в аденогипофизе можно эндокринным нарушениям (гиперпродукция пролактина, соматотропина, ТТГ) и зрительных нарушениях вследствие атрофии зрительных нервов. |  |
| **Б.1.О.1.12** | **Неотложные состояния в неврологии** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2.3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Первую помощь при эпилептическом статусе |  |
|  | **Ответ:**1. На месте освободить полость рта от инородных предметов.2. Седуксен (сибазон, реланиум 20мг в/в медленно в 20 мл 40 % р-ра глюкозы).3. Гексонал, тиопентал натрия – вводят в виде 10% раствора (1г растворяют в 10мл) по 1 мл на 10кг массы тела. Разовая доза не более 0,6-0,7г (6-7мл). Препарат вызывает остановку дыхания!4. Натрия оксибутират – вводят внутривенно медленно 1-2 мл в минуту, В дозе не более 250 мг/кг, обычно 10мл 20% раствора.5. Наркоз – смесью закиси азота и кислорода в соотношении 2:1.6. Окончательное купирование судорожного синдрома может быть в результате введения 100 мг седуксена в 500 мл 5% глюкозы со скоростью 40 мл/час в/в и введения фенобарбитала 20 мг/кг со скорость 100 мг/мин.7. При продолжающихся судорогах проводят курарезацию дитилином в дозе 150-200мг с последующей интубацией трахеи и проведением аппаратной ИВЛ.8. Трудность интубации при судорогах, с одной стороны, и накопившаяся гипоксия за время судорог, с другой стороны, способствуют возникновению отека головного мозга. Для профилактики и предупреждения отека мозга необходимо осуществить введение 40-80мг лазикса, 10 мл 2,4% эуфиллина в/в и 250 мг гидрокортизона. |  |
| **Б.1.О.1.13** | **Психоневрология и соматоневрология** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Расскажите**:Оказание неотложной помощи при болевом синдроме в позвоночнике. |  |
|  | **Ответ:**1. Постельный режим на несколько дней, до стихания острой боли;2. Жесткая постель (щит под матрац);3. Анальгетики;4. НПВС (диклофенак 3,0 в/м; ксефокам 8 или 16мг в/м или в/в и др.);5. Миорелаксанты (мидокалм 150мг 3р/день);6. Блокады (новокаиновые и гидрокотизоновые);7. Физиотерапия (диадинамические токи). |  |
| **Б.1.О.1.14** | **Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания** | **УК- 1,2,4,5** **ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:**Алгоритм диагностики и оказания неотложной помощи при полинейропатии Гийена-Барре |  |
|  | **Ответ**:Синдром Гийена-Барре или острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия - это заболевание, связанное с агрессией иммунной системы против собственного организма. Иммунная система по ошибке распознает ткань нервной системы собственного организма как чужеродную и разрушает ее (демиелинизация). Под удар попадают сегменты спинного мозга, периферические нервы и корешки (корешки – места выхода нервов из спинного мозга).Симптомы синдрома Гийена-Барре развиваются стремительно, но прекращают нарастать к концу 2-4 недели.· Слабость мышц (паралич, парез), обычно восходящий тип· Быстрое прогрессирование относительно симметричных параличей.· Расстройства чувствительности, т.е. онемение и снижение чувствительности, повышение чувствительности (тактильной, температурной и др.).· Боли в спине, плечевом и тазовом поясе.· В тяжелых случаях болезни наблюдается ослабление дыхательной мускулатуры и признаки дыхательной недостаточности, ослабление голоса и кашля.· Вегетативные нарушения, повышение или падение артериального давления, нарушение ритма сердца, преходящая задержка мочи.Установить диагнозНеобходимыми критериями для постановки диагноза являются прогрессирующая мышечная слабость в руках и /или ногах и отсутствие сухожильных рефлексов.Если требуется уточнить диагноз или отличить полинейропатию Гийена-Барре от других видов полинейропатии, мы выполняет ЭНМГ, исследования крови, МРТ головного и спинного мозга и другие исследования.Исследование цереброспинальной жидкости в случае трудностей диагностики может быть выполнено в условиях стационара.При синдроме Гийена-Барре необходимы экстренная интубация трахеи, ИВЛ, при необходимости назначают седативную терапию. Для купирования артериальной гипертензии используют бета-адреноблокаторы и нитропруссид натрия. В случае артериальной гипотензии показана внутривенная инфузия реополиглюкина, при брадикардии - введение атропина. Глюкокортикостероиды не применяют, так как они не дают эффекта. В необходимых случаях проводят катетеризацию мочевого пузыря. Назначают слабительные средства. Поскольку анальгетическая активность НПВП при синдроме Гийена-Барре невысокая, рекомендуется назначать габапентин или карбамазепин, а также трициклические антидепрессанты в сочетании с трамадолом. |  |
| **Б.1.О.1.15** | **Детский церебральный паралич и аномалии развития нервной системы** | **УК- 1,2,4,5****ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10** **ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8** |
| 1 | **Назовите:** степени задержки психического развития у детей |  |
|  | **Ответ:****1 степень (легкая).**Запаздывание психомоторного развития ребенка не более чем на 1 возрастной интервал с тенденцией к постепенному сокращению временного дефицита по мере роста ребенка.Ребенок догоняет своих сверстников в формировании двигательных, психических и речевых функций на первом году жизни при своевременном назначении и проведении правильного леченияГенерализованная задержка психического, моторного и речевого развития.Преобладание нарушений двигательных функций.Качественные особенности выражены не резко, что не создает препятствий к формированию функций.Хорошо поддается коррекции при раннем начале лечения.**2 степень (средней тяжести).**Запаздывание психомоторного развития ребенка не более чем на 1 возрастной интервал при отсутствии тенденции к постепенному сокращению временного дефицита, который сохраняется на протяжении всего первого года жизни. Иногда отмечается нарастание временного дефицита по мере усложнения формирующихся функций.Двигательные, психические и речевые функции формируются у ребенка с некоторым постоянным запаздыванием по отношению к психомоторному развитию сверстников даже при своевременном назначении и проведении правильного лечения.Качественные изменения приобретаемых навыков с нарушением ведущего звена приобретаемых функций.Усиление выраженности временного дефицита по мере роста ребенка.Положительная динамика в формирования возрастных навыков при проведении своевременного лечения.**3 степень (тяжелая).**Запаздывание психомоторного развития ребенка более чем на 1-2 возрастных интервала с развитием стойкого временного дефицита с тенденцией к усилению по мере роста ребенка.Стойкие нарушения двигательных, психических и речевых функций без выраженной тенденции к их развитию.Отсутствие формирования основных возрастных навыков (в т.ч. отсутствие формирования речи и двигательных функций) в динамике.При наличии у ребенка прогрессирующих обменных или инфекционных заболеваниях возможна утрата и ранее приобретенных навыков. |  |

**4.2.3. Ситуационные задачи (этап собеседования):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Коды компетенций** | **Ситуационные задачи** | **Ответы**  |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №1:** У мужчины 56 лет появились жалобы на боли в пояснице. При неврологическом осмотре обнаружены анталгическая поза, гомологичный сколиоз, локальная болезненность при пальпации паравертебральных точек, напряжение длинных мышц спины, слабо выраженный симптом Лассега. Состояние было расценено как вертеброгенный болевой синдром на фоне поясничного остеохондроза. Применение нестероидных противовоспалительных средств и блокад с использованием анестетиков и стероидов было неэффективным. 1. В первую очередь необходимо исключить: а) почечную колику; б) нефроптоз; в) болезнь Бехтерева; г) метастатическое поражение позвоночника; д) интрамедуллярную опухоль спинного мозга. 2. Динамическое исследование анализа крови обнаружило рост СОЭ до 45 мм в час. При выполнении КТ позвоночника обнаружены метастазы на уровне первого и второго поясничного позвонков. Первичная опухоль, скорее всего, локализована: а) в головном мозге; б) в печени; в) в желудке; г) в предстательной железе; д) в почке. 3. Больному показано проведение: а) радикальной хирургической операции; б) курса мануальной терапии; в) симптоматическое лечение; г) введение папаина в межпозвоночный диск. | **Ответ:** 1. Правильный ответ Г (метастатическое поражение позвоночника). При почечной колике, помимо характерных симптомов (беспокойное поведение, иррадиация боли в наружные половые органы, дизурии) и типичного анамнеза, отмечается положительный симптом Пастернацкого и изменения в моче. Для нефроптоза характерна боль в животе, сопровождающаяся тошнотой и рвотой. Определяются положительный симптом Пастернацкого и изменения в моче. Болезнь Бехтерева обычно дебютирует в молодом возрасте, терапия гормонами и нестероидными противовоспалительными средствами бывает эффективна. Для интрамедуллярных опухолей типичны двигательные нарушения, чувствительные присоединяются гораздо позднее. 2. Правильный ответ Г (в предстательной железе). Чаще всего у мужчин метастазы в позвоночник дают опухоли предстательной железы. 3. Правильный ответ В (симптоматическое лечение). При метастазах в позвоночник радикальной операции быть не может. Мануальная терапия противопоказана. Введение папаина в межпозвоночный диск бесполезно. |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача№2**Мужчина в возрасте 42 лет обратился с жалобами на боли в пояснице с иррадиацией в правую ногу до 1 пальца стопы. Подобные жалобы были и ранее, но применение пироксикама быстро приводило к редукции боли. При неврологическом осмотре определяется снижение силы разгиба теля большого пальца правой стопы, снижение болевой чувствительности большого пальца правой стопы. Пациент не мог стоять и ходить на пятках. В анализах крови и мочи без патологии. 1. Наиболее вероятной причиной является: а) облитерирующий эндартериит; б) тромбофлебит вен нижних конечностей; в) компрессия корешка L2; г) бруцеллезное поражение позвоночника; д) ничего из перечисленного. 2. Больному показано хирургическое лечение. а) правильно; б) не правильно 3. Абсолютным показанием к хирургическому лечению является: а) молодой возраст пациента; б) частые обострения; в) отсутствие эффекта от использования анальгетиков и миорелаксантов в течение месяца; г) симптомы выпадения (отсутствие ахиллового рефлекса и болевой чувствительности в соответствующих дерматомах); д) ничего из перечисленного. | **Ответ:**1. Правильный ответ Д (ничего из перечисленного). Неврологический осмотр свидетельствует о клинике компрессии корешка L5. При бруцеллезном поражении позвоночника обнаруживаются воспалительные изменения в картине крови. Патология артерий и вен сопровождается усилением боли при стоянии и ходьбе, для нее не характерна клиника изолированного поражения спинномозгового корешка. 2. Правильный ответ Б (хирургическое лечение не показано). 3. Правильный ответ Д (ничего из перечисленного). Абсолютным показанием к хирургическому лечению является острое сдавление конского хвоста или спинного мозга (нарушения сфинктеров, двусторонняя боль и парезы, особенно у больных с нестабильностью ПДС), абсолютным показанием является не вправляемая грыжа при полном ликвородинамическом блоке. Молодой возраст пациентов, отсутствие эффекта от анальгетиков и наличие симптомов выпадения не являются абсолютными показаниями для хирургического лечения. |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №3**50-летний сантехник обратился к врачу с жалобами на приступ потери сознания, сопровождавшийся судорогами в конечностях. Со слов жены ее муж злоупотреблял алкоголем, но последний прием спиртного был 2 дня назад. Сам больной припадка не помнит, знает о нем со слов знакомых. 1. Наиболее вероятной причиной развившегося припадка является: а) истерия; б) гипокальциемия; в) никтурический обморок; г) лобная эпилепсия; д) припадок, развившийся вследствие токсического состояния. 2. Для исключения церебрального процесса (опухоли мозга, абсцесса) наиболее информативным исследованием является: а) общий анализ крови; б) исследование глазного дна; в) эхоэнцефалография; г) доплерография сосудов головного мозга; д). 3.Курация такого пациента требует немедленного назначения: а) бензонал в суточной дозе 0,3 г; б) финлепсин в суточной дозе 2г; в) назначение антиконвульсантов не требуется; г) цианокобаламина в суточной дозе 1000 гамм; д) нейролептиков. | **Ответ:**1. Правильный ответ Д (припадок, развившийся вследствие токсического состояния). Нередко припадки развиваются у больных алкоголизмом при внезапном прекращении приема алкоголя;90% таких припадков отмечается в первые 7- 48 часов абстиненции. Как правило, наблюдаются генерализованные тонико-клонические судороги. Чаще возникает серия из 2-6 припадков, после чего припадки обычно не возобновляются. 2. Правильный ответ Д (МРТ). В современной неврологической практике наиболее актуальными методами нейровизуализации являются компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Методом выбора для исследования задней черепной ямки, ствола мозга, очагов демиелинизации ишемического и воспалительного происхождения, краниальных нервов и прилегающих к ним сосудов является МРТ. Эффективность КТ и МРТ в выявлении опухолей полушарий головного мозга одинакова. В целом МРТ имеет неоспоримые преимущества перед КТ; исключением служат только острая черепно-мозговая травма и кровоизлияния в полости черепа. Все другие перечисленные методы являются вспомогательными. 3. Правильный ответ В (назначение антиконвульсантов не требуется). Возникновение припадков на фоне абстинентного синдрома обычно не требует назначения антиконвульсантов. Применение цианокобаламина не является правильной терапевтической тактикой, так как у алкоголиков энцефалопатия Вернике развивается на фоне недостаточности пиридоксина. Использование нейролептиков при отсутствии психотической симптоматики не показано из-за возможного риска снижения судорожного порога. |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №4**Женщина 70 лет обратилась к врачу с жалобами на дрожание рук в покое, периодическое дрожание головы. При опросе пациентки выяснилось, что дрожание беспокоит ее уже 2 года, но усиления симптоматики не отмечается. Такое же дрожание рук и головы было у ее матери. Больная медикаментозного лечения не получала. Неврологический осмотр не выявил повышения мышечного тонуса и гипомимии, не было сальности кожных покровов, брадикинезии, а также указаний на поражение пирамидного тракта. 1. По-видимому, пациентка страдает: а) болезнью Паркинсона; б) эссенциальным тремором; в) прогрессирующим надъядерным параличом; г) психогенным тремором; д) ортостатическим тремором. 2. Постуральным тремором называется: а) дрожание, возникающее в какой-либо части тела, когда мышцы не находятся в состоянии произвольной активации; б) дрожание, амплитуда которого возрастает по мере приближения к конечной цели движения; в) тремор при произвольном сокращении мышц, направленном на поддержание определенной статической позиции как противодействие силе земного притяжения; г) высокочастотное дрожание ног, которое возникает только в положении стоя и исчезает, когда больной сидит, лежит или ходит; д) тремор, при котором отвлечение внимания больного приводит к уменьшению амплитуды дрожания. 3. В лечении тремора у этой больной эффективными окажутся: а) дофамин-содержащие препараты; б) М-холиноблокаторы; в) ноотропы; г) гормоны щитовидной железы; д) бета-адреноблокаторы. | **Ответ:**1. Правильный ответ Б (эссенциальным тремором). Для болезни Паркинсона характерны брадикинезия, брадилалия, паркинсоническая походка и ряд других феноменов. При прогрессирующем надъядерном параличе регистрируется парез взора вверх, двусторонний тремор покоя не встречается. Ортостатический тремор характеризуется дрожанием ног в положении стоя и исчезает, когда больной сидит, лежит или ходит. 2. Правильный ответ В (тремор при произвольном сокращении мышц, направленном на поддержание определенной статической позиции как противодействие силе земного притяжения).  3. Правильный ответ Д (бета-адреноблокаторы). М-холиноблокаторы и препараты L-ДОФА используются в лечении болезни Паркинсона и синдрома паркинсонизма. Ноотропы в терапии эссенциального тремора не эффективны. Назначение гормонов щитовидной железы может только усилить тремор. Одним из средств лечения эссенциального тремора являются бета-адреноблокаторы. Механизм их действия на ЭТ не известен. |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №5** Невролога вызвали к больному 67 лет, преподавателю университета. Со слов родственников за последний год у него значительно ухудшилась память, он стал безразличен к окружающему, неопрятен. За последний месяц их родственник несколько раз не мог найти дорогу домой. Накануне ночью у больного отмечалось спутанность сознания и возбуждение.  1. Подобная симптоматика может встречаться при всех заболеваниях, кроме: а) опухоли головного мозга; б) болезни Альцгеймера; в) болезни Пика; г) синдрома Райли-Смита; д) прогрессивного паралича. 2. Для постановки диагноза болезнь Альцгеймера верны все положения, кроме: а) исключение других возможных причин деменции; б) наличие двух и более видов когнитивных нарушений; в) постепенное развитие заболевания; г) наличие гиперкинезов; д) постоянное прогрессирование. 3. В медикаментозной терапии болезни Альцгеймера используется все, кроме: а) метилфенидата; б) имипрамина; в) диспорта; г) луцетама; д) такрина. | **Ответ:**1. Правильный ответ Г (синдрома Райли-Смита). При всех перечисленных заболеваниях за исключением синдрома Райли-Смита отмечаются признаки деменции различной степени. Синдром Райли-Смита относится к группе факоматозов и проявляется макроцефалией, ложным отеком соска зрительного нерва, множественными гемангиомами. В то же время, при этом синдроме не встречается неврологическая симптоматика, например атаксия или умственная отсталость. 2. Правильный ответ Г (наличие гиперкинезов). Диагноз болезни Альцгеймера ставится с учетом всех критериев, кроме наличия синдрома гиперкинезов. 3. Правильный ответ В (диспорта). Лечение болезни Альцгеймера остается симптоматическим. Апатию и нарушенное внимание лечат метилфенидатом, депрессию - антидепрессантами, поведенческие расстройства купируют бензодиазепинами короткого действия типа лоразепама. Такрин относится к антихолинэстеразным препаратам, разрешенным к применению при БА. Диспорт является препаратом ботулинистического токсина, который используется при фокальных дистониях, ДЦП. |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №6**Мужчина 54 лет обратился с жалобами на скованность движений, дрожание рук в покое, затрудненную ходьбу. При сборе анамнеза выяснилось, что у пациента в анамнезе отсутствовали инсульт, диабет, артериальная гипертензия. Он не принимал нейролептиков, антагонистов кальция типа циннаризина. Данных за перенесенный энцефалит, болезнь Вильсона-Коновалова и инфицирование ВИЧ не было обнаружено. 1. Перечень заболеваний, протекающих с подобной симптоматикой, включает в себя все за исключением: а) болезни Паркинсона; б) множественной системной атрофии; в) прогрессирующего надъядерного паралича; г) хореи Гентингтона. 2. Для множественной системной атрофии характерно: а) раннее начало тазовых нарушений, ортостатической гипотензии; б) ранняя постуральная неустойчивость с падениями назад, парез вертикального взора; в) тремор по типу "скатывания пилюль"; г) гипокинезия и ригидность, вначале выраженные в одной половине тела. 3. Длительный прием препаратов леводопы может быть причиной: а) ярких сновидений; б) деменции; в) сердечной недостаточности; г) бесплодия; д) апластической анемии. | **Ответ:**1. Правильный ответ Г (хореи Гентингтона). Все перечисленные заболевания, кроме хореи Гентингтона, протекают с клиникой паркинсонизма (акинезия, ригидность, тремор покоя, постуральные расстройства). Хорея Гентингтона характеризуется неловкими непроизвольными движениями рук, вычурной походкой, замедленным мышлением, психическими расстройствами. Симптомокомплекс формируется при поражении хвостатого ядра. 2. Правильный ответ А (раннее начало тазовых нарушений, ортостатической гипотензии;). Явления паркинсонизма отмечаются при всех перечисленных заболеваниях. Тем не менее, тремор по типу "скатывания пилюль", гипокинезия и ригидность, формирующиеся сначала в одной половине тела характерны для болезни Паркинсона. Ранняя постуральная неустойчивость, парез вертикального взора присущи прогрессирующему надъядерному параличу. Раннее начало тазовых нарушений и ортостатической гипотензии, особенно если они опережают двигательные проявления болезни, с большой долей вероятности указывают на множественную системную атрофию. 3. Правильный ответ А (ярких сновидений). Длительный прием препаратов леводопы может привести к возникновению ярких ночных сновидений. Деменция у пациентов с болезнью Паркинсона возникает как проявление заболевания, а не вследствие длительной терапии дофаминсодержащими препаратами. Бесплодие, апластическая анемия и сердечная недостаточность не являются осложнениями длительной терапии препаратами леводопы. |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача:** №731-34. Врач был вызван к мужчине 55 лет на дом. Накануне пациент почувствовал резкую слабость в правых конечностях. Больной не мог помочиться в течение 18 часов. Из анамнеза выяснилось, что пациент страдал сердечной аритмией и сахарным диабетом. При неврологическом осмотре выявлен спастический парез проксимального отдела правой руки и дистального отдела ноги, апраксия левой руки, симптом Янишевского-Тернера и симптомы орального автоматизма. Артериальное давление было ниже обычного для этого больного и составляло 130/60 мм рт. ст. Температура тела 37,0 градусов. 1. У больного вероятнее всего: а) субарахноидальное кровоизлияние; б) паренхиматозное кровоизлияние; в) тромботический ишемический инсульт; г) эмболический ишемический инсульт; д) менингит. 2. Значимым фактором риска по инсульту может быть все, кроме: а) артериальной гипертензии; б) инфекционных болезней в анамнезе; в) сахарного диабета; г) нарушений сердечного ритма; д) хронического алкоголизма. 3. К непосредственным причинам возникновения инсульта относятся все, кроме: а) резких, быстро возникающих подъемов артериального давления; б) резкой, быстро наступающей декомпенсации центральной гемодинамики; в) резкого подъема внутричерепного давления; г) остро возникающей резкой гиперкоагуляции. 4. У данного пациента в патологический процесс вовлечен бассейн: а) задней мозговой артерии; б) передней мозговой артерии; в) средней мозговой артерии; г) задней соединительной артерии; д) ничего из перечисленного. | **Ответ:** 1. Правильный ответ Г (эмболический ишемический инсульт). Обстоятельства возникновения инсульта указывают на эмболическую природу инсульта (сердечная аритмия, сахарный диабет, резкое развитие инсульта). Против геморрагического характера инсульта свидетельствует невысокое артериальное давление, отсутствие указаний на наличие менингеальных симптомов. Нормальная температура тела, отсутствие менингеальных симптомов, резкое развитие клиники очагового поражения головного мозга без указания на наличие резко выраженных общемозговых симптомов также не свидетельствует в пользу менингита. Тем не менее, уточнить характер процесса могут лишь люмбальная пункция и методы нейровизуализации. 2. Правильный ответ Б (инфекционных болезней в анамнезе). К значимым факторам риска возникновения инсульта относятся артериальная гипертензия, сахарный диабет, сердечные аритмии, хронический алкоголизм. Значимость инфекционных болезней в анамнезе, равно как и наличие острых инфекций, непосредственно перед инсультом в настоящее время подвергается сомнению. 3. Правильный ответ В (резкого подъема внутричерепного давления). Непосредственной причиной развития инсульта может быть все, кроме подъема внутричерепного давления. 4. Правильный ответ Б (передней мозговой артерии). |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №8**В неврологический стационар поступила женщина 57 лет с жалобами на головокружение, шаткость при ходьбе, периодическое онемение губ и кончика языка. При исследовании неврологического статуса выявлена рассеянная неврологическая симптоматика. На ЭКГ признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, брадиаритмия. Во время пребывания в стационаре АД находилось в пределах 150/95 - 170/100 мм рт. ст. Ухудшение самочувствия происходило на фоне повышения артериального давления и приступов аритмии.  1. Данной пациентке был выставлен диагноз: а) ишемический инсульт; б)суабарахноидально - паренхиматозное кровоизлияние; в) метаболический синдром; г) синдром Такаясу; д)кардиальный гиподинамический синдром. 2. Препаратом выбора для лечения АГ у данной больной является: а) диуретик; б) бета-адреноблокатор; в) клофеллин; г) антагонисты кальция первого поколения; д) ингибитор ангиотензин-превращающего фактора. 3. К препаратам пролонгированного действия при артериальной гипертензии относятся: а) капотен; б) тензиомин; в) престариум; г) капозид. | **Ответ:** 1. Правильный ответ Д (кардиальный гиподинамический синдром). Кардиальный гиподинамический синдром характеризуется снижением эффективной работы сердца, вызываемым различными причинами, в том числе сердечной аритмией и гипертрофией миокарда вследствие артериальной гипертонии. Неспецифический аортоартериит представляет собой системное сосудистое заболевание аллергическо-воспалительного характера. Для него характерны немотивированные подъемы температуры, воспалительные изменения крови. 2. Правильный ответ Д (ингибитор ангиотензин-превращающего фактора). Диуретики обладают кардиотоксичностью и вызывают уменьшение циркулирующей крови и тем самым могут способствовать развитию церебральных ишемий. Бета-адреноблокаторы обладают отчетливым негативным инотропным влиянием на функцию миокарда. Антагонисты кальция первого поколения оказывают негативное инотропное воздействие на миокард и могут утяжелять коронарную недостаточность. Клофеллин и его аналоги способны вызывать гипокинезию миокарда и постуральную гипотонию. Препаратами выбора при КГС являются блокаторы кальциевых каналов второго поколения, ингибиторы АПФ, а также блокатор рецепторов ангиотензина II - лозартан. 3. Правильный ответ В (престариум). Капотен, тензиомин и капозид относятся к препаратам средней продолжительности действия (6-12 часов). Пролонгированное действие присуще престариуму (24 часа). |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №10**Женщина 63 лет обратилась с жалобами на онемение стоп и в меньшей степени рук, слабость в ногах, покалывание в конечностях. Неврологическое обследование выявило гипальгезию по типу "перчаток" и "гольф", снижение ахиллова рефлекса и снижение вибрационной чувствительности на больших пальцах стоп. Пациентка страдала сахарным диабетом II типа в течение 7 лет, но подобные симптомы появились впервые месяц назад. 1. У больной имеет место: а) сенсомоторная полинейропатия; б) вегетативная полинейропатия; в) симметричная проксимальная моторная нейропатия нижних конечностей; г) мультифокальная нейропатия; д) ассимметричная моторная нейропатия нижних конечностей. 2. Критериями диагноза «диабетическая полинейропатия" являются все, кроме: а) наличия сахарного диабета у родителей; б) продолжительной гипогликемии при сахарном диабете; в) диабетической нефропатии, соответствующей по степени тяжести полинейропатии; г) дистальной симметричной сенсомоторной полинейропатиинижних конечностей; д) диагностированным в соответствии с установленными критериями сахарным диабетом. 3. В медикаментозной терапии диабетической полинейропатии используется: а) сирдалуд; б) мидокалм; в) берлитион; г) бетаферон; д) кавинтон. 4. К ранним симптомам диабетической полинейропатии относят: а) сенсорную атаксию; б) крапе; в) болезненность при пальпации мышц голеней; г) снижение вибрационной чувствительности на больших пальцах стоп; д) снижение болевой чувствительности на стопах. | **Ответ:**1. Правильный ответ А (сенсомоторная полинейропатия). 2. Правильный ответ А (наличия сахарного диабета у родителей). 3. Правильный ответ В (берлитион). Сирдалуд и мидокалм обладают миорелаксирующим действием. Бетаферон используется в лечении рассеянного склероза. Кавинтон применяют при нарушениях мозгового кровообращения. Берлитион, являясь препаратом альфа-липоевой кислоты, доказал свою эффективность при лечении диабетической полинейропатии. 4. Правильный ответ Г (снижение вибрационной чувствительности на больших пальцах стоп). |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №11**Женщина 45 лет во время работы на даче почувствовала сильнейшую головную боль и потеряла сознание. Бригадой неотложной помощи была доставлена в неврологическое отделение многопрофильной больницы. В неврологическом статусе: выраженные менингеальные и общемозговые симптомы, психомоторное возбуждение. Во время люмбальной пункции в ликворе была обнаружена кровь. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. 1. У больной, вероятнее всего, имеется: а) лептоменингит; б) ишемический инсульт; в) субарахноидальное кровоизлияние г) субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние; д) приступ острой интермиттирующей порфирии. 2. Основными факторами, характеризующими повреждающее воздействие патологического процесса на мозг данной больной, являются все, кроме: а) изменения центральной гемодинамики; б) ангиоспазм поврежденной артерии; в) нарушения ликвороциркуляции; г) повышение фибринолитической активности ликвора; д) усиление синхронизирующей активности головного мозга. 3. У больных с данной патологией ангиоспазм чаще возникает во все периоды, кроме: а) 2-3 суток; б) 7-10 суток; в) 4-21 суток; г) 42-45 суток. 4. Препаратом выбора для предотвращения ангиоспазма у данной больной является: а) ноотропил; б) трентал; в) нимотоп; г) церебролизин; д) энцефабол. | **Ответ:**1. Правильный ответ В (субарахноидальное кровоизлияние). Менингиты характеризуются более медленным развитием симптомов и ранним повышением температуры тела. Решающее диагностическое значение имеют результаты исследования ликвора. Признаками, отличающими приступ острой интермиттирующей порфирии от субарахноидального кровоизлияния, являются малиновая окраска мочи, боли в животе, отсутствие крови в ликворе, увеличение содержания белка при нормальном цитозе. Ишемический инсульт и субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние характеризуются наличием очаговой неврологической симптоматики. 2. Правильный ответ Д (усиление синхронизирующей активности головного мозга). Усиление синхронизирующей активности головного мозга не является основным фактором повреждающего воздействия субарахноидального кровоизлияния на головной мозг. 3. Правильный ответ Г (42-45 суток). Сроки возникновения ангиоспазма различны. Наиболее опасен в этом плане промежуток 5-13 сутки. Вероятность ангиоспазма через 30 суток с момента возникновения субарахноидального кровоизлияния невысока. 4. Правильный ответ В (нимотоп). В настоящее время наибольшее применение для предупреждения и борьбы с церебральным ангиоспазмом нашли антагонисты кальция, относящиеся к группе дигидропиридина, в том числе нимотоп.  |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №12**Мужчина 68 лет обратился с жалобами на дрожание в ногах, которое возникало при длительном стоянии, а также на чувство неустойчивости. При ходьбе, в положении лежа и сидя дрожание исчезало. В неврологическом статусе мелкоочаговая неврологическая симптоматика. В позе Ромберга отмечается пошатывание, которое не усиливается при закрывании глаз. Нарушений чувствительности и тазовых расстройств нет. Дополнительные методы исследования: МРТ головного мозга (крупные и мелкие ишемические очаги в обоих полушариях головного мозга, мозжечке, лейкоареоз, расширение желудочковой системы), УЗДГ сосудов головного мозга (атеросклеротические изменения магистральных артерий головы без нарушений проходимости). 1. Вероятнее всего, у пациента: а) болезнь Паркинсона; б) эссенциальный тремор; в) ортостатический тремор; г) физиологический тремор; д) множественная системная атрофия. 2. Препаратом выбора для лечения данного больного является: а) анаприлин; б) клоназепам; в) циклодол; г) леводопа; д) реланиум. 3. Для данного заболевания характерно наличие: а) астазии-абазии; б) астазии без абазии; в) абазии без астазии; г) ничего из перечисленного. | **Ответ:**1. Правильный ответ В (ортостатический тремор). В представленном случае речь идет об ортостатическом треморе, сочетающемся с постуральными нарушениями. Ортостатический тремор - особый вид дрожательного гиперкинеза, при котором наблюдается тремор в ногах, возникающий только в положении стоя и исчезающий при ходьбе, в положении сидя и лежа. Дрожание, как правило, сопровождается постуральными нарушениями. 2. Правильный ответ Б (клоназепам). Средством выбора для лечения ОТ является клоназепам. Положительный эффект этого препарата может служить диагностическим критерием при ОТ подобно алкоголю и анаприлину при эссенциальном треморе. Тем не менее, в некоторых случаях он не позволяет уменьшить тремор. Могут быть полезны гексамидин, анаприлин, вальпроаты.  3. Правильный ответ Б (астазии без абазии). Клинический диагноз ОТ должен основываться на характерной картине дрожания в ногах, приводящего к "астазии без абазии", т. е. к невозможности стоять при сохранной возможности ходить. |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №13**Врач был вызван на дом к мужчине 77 лет, который почувствовал слабость в правых конечностях, умеренно выраженную головную боль и утратил способность говорить. При неврологическом осмотре выявлен глубокий правосторонний гемипарез с преимущественным поражением руки, моторная афазия и правосторонняя гемигипестезия. Пульсация сонной артерии слева ослаблена. За последние 2 месяца пациент кратковременно трижды терял речь и, вместе с тем, возникала слабость в правой руке, но раньше эти симптомы проходили в течение получаса. 1. По-видимому, у пациента произошел инсульт в бассейне: а) передней мозговой артерии слева; б) передней артерии сосудистого сплетения; в) задней мозговой артерии слева; г) позвоночной артерии слева; д) внутренней сонной артерии слева. 2. Эффективность терапевтических мероприятий во времени снижается: а) в первые 30 минут с момента возникновения инсульта; б) в первый час с момента возникновения инсульта; в) через 4-6 часов; г) через 12 часов; д) 24 часа. 3. Противопоказанием к транспортировке является все, кроме: а) остановки сердца более 5 минут; б) отека легких; в) атонической комы; г) возраста пациента более 75 лет; д) резко выраженных не купируемых нарушений дыхания. 4. Пациенты с транзиторными ишемическими атаками должны быть подвергнуты, в первую очередь: а) электроэнцефалографии; б) ультразвуковой доплерографии; в) эхоэнцефалографии; г) рентгенографии черепа; д) реоэнцефалографии. 5. К транзиторным ишемическим атакам относят острые нарушения мозгового кровообращения, клинические проявления которых существуют не более: а) 15 минут; б) 1 часа; в) 6 часов; г) 12 часов; д) 24 часов; е) 3 суток. 6. Посредством КТ головного мозга в первые часы с момента возникновения инсульта можно выявить очаги объемом, кроме: а) 2-3 мм; б) 4-5 мм; в) 6-7 мм; г) 8-9 мм; д) 1 см и более. 7. Преимущество МРТ перед КТ заключается в возможности распознавать ишемические очаги: а) в структурах ствола мозга; б) в левом полушарии; в) в правом полушарии; г) в мозолистом теле; д) супратенториально. 8. Реабилитация больных с инсультом должна начинаться: а) сразу после развития симптомов; б) на 5 сутки поле развития симптомов; в) через 2 недели поле развития симптомов; г) через 4 недели поле развития симптомов. | **Ответ:**1. Правильный ответ Д (внутренней сонной артерии слева). На поражение внутренней сонной артерии указывает наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак с признаками вовлечения каротидного бассейна. Существенное значение для диагноза имеет ослабление или исчезновение пульсации пораженной сонной артерии. При поражении артерии сосудистого сплетения афазия не встречается. 2. Правильный ответ В. (через 4-6 часов). Перспективность раннего назначения лечения обоснована концепцией "терапевтического окна". Этим термином обозначается отрезок времени, равный 4-6 часам с момента появления первых симптомов ишемического инсульта, до формирования в мозге необратимых морфологических изменений. 3. Правильный ответ Г. (возраста пациента более 75 лет). Пожилой возраст пациентов не является противопоказанием госпитализации в неврологический стационар. 4. Правильный ответ Б. (ультразвуковой доплерографии). Пациенты с транзиторными ишемическими атаками должны быть подвергнуты ультразвуковому обследованию для исключения выраженного артериального стеноза. 5. Правильный ответ Д. (24 часов). Хорошо известно, что к ТИА относят ОНМК, клинические проявления которых существуют не более 24 часов, чаще в течение 2-15 минут. Однако по данным ПЭКТ биохимические нарушения и изменения перфузии могут оставаться значительно дольше. Считают, что ТИА, как и лихорадка, скорее симптом, чем диагноз, так как в их основе лежит вполне определенное заболевание (стеноз магистральных артерий головы, кардиальная патология и т. д.).  6. Правильный ответ А (2-3 мм). Посредством КТ геморрагии объемом более 2-3 мм в диаметре выявляются в первые часы с момента их возникновения, а очаги меньшего объема - к концу 1-х или на 2-е сутки. 7. Правильный ответ А (в структурах ствола мозга). Преимуществом МРТ перед КТ является возможность распознавать ишемические очаги в структурах ствола мозга, что невозможно осуществить с помощью КТ из-за костных артефактов. 8. Правильный ответ А. (сразу после развития симптомов). Реабилитация больных с инсультом должна начинаться сразу после развития симптомов, даже если больной в коме (придание функционального положения конечностям, пассивная гимнастика). Активные упражнения следует начинать, как только пациент сможет их выполнять. |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №14**Больной 46 лет военнослужащий поступил в неврологическую клинику с жалобами на пошатывание при ходьбе и преходящее двоение. В последнее время злоупотреблял алкоголем. При поступлении в неврологическом статусе выявляется выраженная мозжечковая атаксия, интенционный тремор, рефлекторный пирамидный синдром с вовлечением надъядерных путей, интеллектуальными и аффективными расстройствами в виде нарушений мышления по лобному типу, предметной и пространственной агнозии, неадекватности поведения, негативизма, аспонтанности. Ликвор нормальный, признаков внутричерепной гипертензии нет. Общий анализ крови, мочи, биохимия крови без патологии. На МРТ головного мозга умеренно выраженная наружная атрофия в лобно-теменно-височных отделах и в полушариях мозжечка, очагов демиелинизации не обнаружено. 1. Перечень заболеваний для дифференциальной диагностики включает в себя все, кроме: а) сосудистой энцефалопатии; б) оливопонтоцеребеллярной дегенерации; в) токсической энцефалопатии; г) демиелинизирующего процесса; д) сидрома Туретта. 2. В последующие 2 недели течение заболевания приняло лавинообразный характер: наросли расстройства лобного типа, прогрессировала экстрапирамидная симптоматика, уровень сознания снизился до сопора с отсутствием контроля за тазовыми органами. Больному выполнена ЭЭГ. Выявлена повторяющаяся трифазная и полифазная активность острой формы амплитудой до 200 мкВ, возникающая с частотой 1,5-2 в секунду. Эти изменения патогномоничны для: а) височной эпилепсии; б) болезни Паркинсона; в) болезни Пика; г) болезни Крейтцфельдта-Якоба; д) болезни Альцгеймера. 3. Через 5 месяцев от начала заболевания пациент скончался. Посмертное патоморфологическое исследование выявило спонгиформную энцефалопатию в отсутствие каких-либо воспалительных изменений. Достоверно установлено, что пациент страдал: а) оливопонтоцеребеллярной дегенерацией; б) множественной системной атрофией; в) прогрессирующим надъядерным параличом; г) болезнью Крейтцфельдта-Якоба; д) болезнью Пика. 4. Каноническими критериями при этом заболевании являются все, кроме: а) подострой прогрессирующей деменции; б) миоклоний; в) типических периодических комплексов на ЭЭГ; г) депрессии; д) нормального состава ликвора. 5. Достоверно диагноз при этом заболевании устанавливается только при наличии: а) прогрессирующей деменции и типичных изменений на ЭЭГ; б) прогрессирующей деменции и типичных изменений на ЭЭГ, а также 2 из следующих клинических признаков: миоклоний, зрительных или мозжечковых нарушений, пирамидных или экстрапирамидных нарушений, акинетического мутизма; в) прогрессирующей деменции и длительности заболевания 2 года, а также 2 из следующих клинических признаков: миоклоний, зрительных или мозжечковых нарушений, пирамидных или экстрапирамидных нарушений, акинетического мутизма; г) ничего из перечисленного. | **Ответ:**1. Правильный ответ Д (сидрома Туретта). Все перечисленные заболевания, кроме синдрома Туретта могут протекать с вышеописанной клиникой. Синдром Туретта характеризуется генерализованными моторными тиками, сочетающимися с вокальными простыми или сложными тиками. Заболевание обычно возникает в 5-6 летнем возрасте. 2. Правильный ответ Г (болезни Крейтцфельдта-Якоба). Расстройства лобного типа встречаются при ряде заболеваний (опухоли лобной доли, болезнь Альцгеймера и др.), но лишь при болезни Крейтцфельдта-Якоба в развернутой стадии регистрируется характерная повторяющаяся трифазная и полифазная активность острой формы амплитудой до 200 мкВ, возникающая с частотой 1,5-2 в секунду. Эти изменения патогномоничны для БКЯ и делают прижизненный диагноз вероятным, хотя следует отметить, что они встречаются лишь в 50-60% случаев. 3. Правильный ответ Г (болезнью Крейтцфельдта-Якоба). При патоморфологическом исследовании мозга больных БКЯ макроскопически определяется атрофия головного мозга, степень которой коррелирует с продолжительностью выживания. Гистологически обнаруживается спонгиоформная дегенерация, атрофия и утрата нервных клеток, астроцитарный глиоз, амилоидные бляшки, содержащие прионовый белок, а также отсутствие воспалительных реакций. Указанные изменения регистрируются в коре головного мозга, стриатуме, таламусе, молекулярном слое мозжечка и верхней части ствола мозга.  4. Правильный ответ Г (депрессии;). Канонической тетрадой БКЯ являются подострая прогрессирующая деменция, миоклонии, типичные периодические комплексы на ЭЭГ и нормальный состав цереброспинальной жидкости. Депрессивные расстройства не являются специфичными и часто возникают в дебюте многих неврологических расстройств. 5. Правильный ответ Г (ничего из перечисленного). Достоверная болезнь Крейтцфельдта-Якоба устанавливается патоморфологически. Остальные случаи трактуются как вероятные или возможные. К вероятной спорадической БКЯ относят случаи прогрессирующей деменции и типичных изменений на ЭЭГ, а также наличие 2 из следующих клинических признаков: миоклоний, зрительных или мозжечковых нарушений (атаксии), пирамидных или экстрапирамидных нарушений, акинетического мутизма. При возможной БКЯ необходимы те же критерии, что и при вероятной, но при отсутствии изменений на ЭЭГ и при длительности заболевания 2 года. |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №15** Больная 63 лет поступила в неврологическую клинику с жалобами на скованность, замедленность движений, поперхивание при глотании, периодически насильственный смех и плач. В неврологическом статусе выявляется ограничение движений глазных яблок вверх и вниз, ригидность мышц шеи. Лицо гипомимично, тремор отсутствует. Речь тихая, монотонная. Общий и биохимический анализы крови, анализ мочи без особенностей. МРТ головного мозга: слабое расширение субарахноидального пространства полушарий большого мозга. Анализ цереброспинальной жидкости в норме. 1. Круг заболеваний для дифференциальной диагностики включает в себя все, кроме: а) болезни Паркинсона; б) рассеянного склероза; в) прогрессирующего надъядерного паралича; г) множественной системной атрофии; д) комплекса паркинсонизм-БАС-деменции. 2. Первичные агнозии, апраксии, афазии составляют основу: а) деменции "лобного типа"; б) деменции "лобно-стриарного" типа. 3. Больному был выставлен диагноз паркинсонизм и назначены антипаркинсонические препараты без какого-либо эффекта. Отсутствие эффекта от антипаркинсантов, сочетание глазодвигательных нарушений, ригидность мышц шеи, когнитивных расстройств субкортикального типа, отсутствие сосудистой патологии головного мозга и тремора позволили диагностировать: а) болезнь Паркинсона; б) болезнь Альцгеймера; в) прогрессирующий надъядерный паралич; г) множественную системную атрофию; д) комплекс паркинсонизм-БАС-деменция.  4. Патоморфологические изменения при этом заболевании преимущественно локализованы во всех перечисленных структурах, кроме: а) бледного шара; б) красного ядра; в) черной субстанции; г) коры мозжечка. | **Ответ:**1. Правильный ответ Б (рассеянного склероза). По распространенности среди заболеваний, сопровождающихся синдромом паркинсонизма, на втором месте после БП стоит группа так называемых " паркинсонизм - плюс" - синдромов, в которую входят прогрессирующий надъядерный паралич, множественная системная атрофия, комплекс паркинсонизм-боковой амиотрофический склероз-деменция и др. Наиболее распространенной формой в этой группе заболеваний является ПНП. 2. Правильный ответ А (деменции "лобного типа"). Первичные афазии, апраксии, агнозии составляют основу деменции лобного типа (болезнь Альцгеймера, корсаковский синдром). Помощь при заучивании и воспроизведении не повышает запоминание. 3. Правильный ответ В (прогрессирующий надъядерный паралич). Присутствие 2 наиболее характерных симптомов, таких, как глазодвигательные расстройства и своеобразное распределение мышечной ригидности (выраженная ригидность мышц шеи в сочетании с умеренной ригидностью конечностей при отсутствии тремора), а также отсутствие каких либо данных, указывающих на распространенный сосудистый процесс, могут ориентировать на диагноз прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП). Противопаркинсоническая терапия при ПНП в отличие от болезни Паркинсона неэффективна, что, по-видимому, связано с диффузным поражением дофаминовых рецепторов. Неэффективность антипаркинсонических препаратов может служить еще одним дифференциально-диагностическим критерием при постановке диагноза ПНП. 4. Правильный ответ Г (коры мозжечка.). Преимущественная локализация патоморфологических изменений при прогрессирующем надъядерном параличе-бледный шар, субталамическое тело, красное ядро, черная субстанция, голубое пятно, верхние бугорки четверохолмия, околоводопроводное серое вещество, покрышка моста и среднего мозга, зубчатое ядро мозжечка, претекальная область, ядра III, IV, VI и вестибулярная порция VIII пар черепно-мозговых нервов при интактности коры полушарий и мозжечка. |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №16**Мужчина 70 лет заметил постепенно нарастающую неловкость в правой руке. Позже присоединились дрожание в этой руке, общая замедленность движений, аспонтанность, пошатывание при ходьбе. Был поставлен диагноз болезни Паркинсона, назначены наком и циклодол. Вначале на фоне лечения состояние больного улучшилось, однако в дальнейшем оно продолжало ухудшаться и увеличение дозы накома до 6 таблеток в сутки не дало эффекта. При осмотре умеренная дизартрия, рефлексы орального автоматизма, умеренная олигобрадикинезия, мышечная ригидность с (феноменом "зубчатого колеса"), более выраженная в правой руке. Рука находится в дистонической флексорно-аддукторной позе (плечо приведено, а предплечье, кисть и пальцы согнуты), ее движения крайне замедлены и ограничены по амплитуде, периодически кисть сжимается и разжимается. МРТ головного мозга выявила умеренную двустороннюю церебральную атрофию преимущественно в лобно-теменной области с преобладанием слева, проявляющуюся расширением корковых борозд и боковых желудочков. Очагов изменения интенсивности сигнала, смещения срединных структур не было. 1. Круг заболеваний для дифференциальной диагностики включает в себя все, кроме: а) кортико - базальной дегенерации (КБД); б) болезни Галлевордена-Шпатца; в) болезни Пика; г) болезни Альцгеймера; д) аномалии Киари I типа. 2. Неуклонно прогредиентное течение с асимметричным вовлечением коры и подкорковых структур, леводопарезистентный паркинсонизм, фокальная дистония, миоклония, постуральный и интенционный тремор, лобная дисбазия, феномен «чужой руки», в отсутствие клинических или нейровизуализационных признаков характерных для других заболеваний, приводят к выводу о наличии у больного: а) прогрессирующего надъядерного паралича; б) болезни Галлевордена-Шпатца; в) болезни Пика; г) болезни Альцгеймера; д) кортико-базальной дегенерации. 3. Специфические изменения в головном мозге при этом заболевании можно выявить только с помощью: а) КТ головного мозга; б) МРТ головного мозга; в) ПЭТ головного мозга; г) церебральной ангиографии; д) ничего из перечисленного.  4. В медикаментозной терапии этого пациента могут быть использованы все препараты, кроме: а) ботулотоксина; б) L-ДОФА; в) клоназепама; г) фенобарбитала; д) бета-адреноблокаторов; | **Ответ:**1. Правильный ответ Д (аномалии Киари I типа.).Сложность диагностики кортико-базальной дегенерации (КБД) заключается в том, что существует определенное клиническое и (или) патоморфологическое сходство КБД с некоторыми другими дегенеративными заболеваниями ЦНС, особенно с теми из них, которые вызывают асимметричную или фокальную дегенерацию коры и базальных ганглиев. По своим характеристикам КБД особенно близка к группе фокальных корковых дегенераций, прежде всего к болезни Пика, с которой она перекрывается морфологически. Клинический синдром, напоминающий КБД, встречается при болезни Альцгеймера, болезни Галлевордена-Шпатца, болезни Пика и особенно часто при ПНП. Сходство клинической картины в этих случаях объясняется тем, что морфологически различные дегенеративные процессы могут поражать одни и те же мозговые структуры. 2. Правильный ответ Д (кортико-базальной дегенерации). Для постановки диагноза КБД необходимо наличие не менее 3 из 6 признаков: 1) акинетико-ригидного синдрома, не "реагирующего" на L-ДОФА; 2) феномена "чужой" конечности; 3) апраксии или нарушения сложных видов глубокой чувствительности; 4) фокальной дистонии в конечности; 5) грубого постурального или интенционного тремора; 6) миоклонии; 3. Правильный ответ Д (ничего из перечисленного). Важное дифференциально-диагностическое значение имеет МРТ, позволяющая, прежде всего, исключить сосудистое поражение или объемный процесс. Значение МРТ в дифференциальной диагностике нейродегенеративных заболеваний менее определенно. Достоверная диагностика КБД, как, впрочем, и других нейродегенеративных, заболеваний возможна лишь при аутопсии. 4. Правильный ответ Г (фенобарбитал). Терапевтические возможности при кортико-базальной дегенерации ограничены. У части больных выявляется умеренный не стойкий эффект от препаратов L-ДОФА. Выраженность миоклонии и интенционного тремора можно уменьшить с помощью клоназепама. Постуральный тремор можно облегчить с помощью бета-адреноблокаторов. При фокальных дистониях бывают эффективны инъекции ботулотоксина. Баклофен, холинолитики, антиконвульсанты обычно неэффективны.  |
| УК- 1,2,4,5ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 | **Ситуационная задача №17**Женщина 42 лет перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, которое сопровождалось моторной афазией, центральной правосторонней гемиплегией. Менингеального синдрома не было. К концу 4 месяца от начала болезни речь восстановилась полностью и в это же время появилась постоянная боль сжимающего характера в правых конечностях. С этого времени боли в правых конечностях медленно прогрессируют, несмотря на постоянный прием вазоактивных препаратов. При осмотре обращает на себя внимание пронация плеча и бедра кнутри с заведением конечностей кзади. Кисть согнута в лучезапястном суставе, приведена в ульнарную сторону, а пальцы разогнуты и прижаты друг к другу. В кисти наблюдаются атетоидные движения. 1. У больной наблюдается постинсультный: а) псевдобульбарный синдром; б) таламический синдром; в) паллидонигроретикулярный синдром; г) гипоталамический синдром; д) синдром Гасперини. 2. На МРТ головного мозга обнаружена постинсультная киста: а) в области лобной доли; б) в области нижних отделов ствола головного мозга; в) в области таламуса; г) в области мозолистого тела; д) в области затылочной доли. 3. Терапевтический эффект при этом синдроме оказывают: а) анальгин и димедрол; б) кавинтон и ноотропил; в) церебролизин и реланиум; г) клоназепам и амитриптилин; д) диклофенак и мидокалм.  | **Ответ:**1. Правильный ответ А (болезнью Бинсвангера). Субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия, часто обозначаемая как болезнь Бинсвангера, представляет собой особую форму хронического прогрессирующего сосудистого заболевания головного мозга, основным клиническим проявлением которого служит деменция в сочетании с разнообразной неврологической симптоматикой (подкорковый, мозжечковый, псевдобульбарный и пирамидный синдромы, нарушение функции тазовых органов и др.). Сочетание указанных клинических симптомов с типичными изменениями на КТ в виде диффузного лейкоареоза у больного с гипертонической болезнью позволяет поставить правильный диагноз. Нейрофиброматоз Реклингхаузена - наследственное заболевание, характеризующееся наличием множественных опухолей, расположенных в коже, по ходу периферических нервов, ЦНС, пигментацией кожи, кожными невусами, костными аномалиями. Туберозный склероз - болезнь, характеризующаяся судорожными припадками, слабоумием и поражением кожи. Болезнь Александера редкое заболевание белого вещества головного мозга. Заболевание обычно начинается на 1-м году жизни и проявляется задержкой психического развития, макроцефалией, спастическим тетрапарезом, эпилептическими припадками.  2. Правильный ответ Б (двустороннее пятнистое или диффузное снижение плотности белого вещества головного мозга;). Описательный термин "лейкоареоз" подразумевает двустороннее пятнистое или диффузное снижение плотности белого вещества на компьютерных томограммах или гиперинтенсивность сигнала на магниторезонансных томограммах в Т2-режиме. 3. Правильный ответ Г (поражение белого вещества полушарий головного мозга). В основе развития заболевания и в первую очередь синдрома деменции лежит диффузное поражение белого вещества полушарий мозга, обусловленное тяжелым артериосклерозом кровоснабжающих его сосудов, развивающимся при артериальной гипертонии. |

**4.2.4 Темы докладов/сообщений/рефератов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Темы докладов/сообщений/рефератов** | **Коды компетенций** |
| 1 | Методы санитарно-просветительной и санитарно-гигиенической работы по формированию здорового образа жизни населения | УК- 1,2,4,5 ОПК- 1,2,7,8,9 ПК-4,6 |
| 2 | Подготовка слайд презентации для населения по формированию здорового образа жизни. | УК- 1,2,4,5 ОПК- 1,2,7,8,9 ПК-4,6 |
| 3 | Диспансерное наблюдение за пациентами с болезнью Паркинсона в условиях поликлиник | УК- 1,2,4,5 ОПК- 1,2,7,8,9 ПК-4,6 |
| 4 | Диспансерное наблюдение за пациентами с эпилепсией в условиях поликлиник | УК- 1,2,4,5 ОПК- 1,2,7,8,9 ПК-4,6 |
| 5 | Структура нейрона. Морфологические отличия нейронов от других клеток. Интегративная функция нейрона | УК- 1,2,3,5ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5 |
| 6 | Гематоэнцефалический барьер | УК- 1,2,3,5ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5 |
| 7 | Эфферентные системы: пирамидная, экстрапирамидная, мозжечковая, вегетативная. Физиология организации тонуса и позы. Позотонические рефлексы | УК- 1,2,3,5ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5 |
| 8 | Афферентные системы: восприятие сенсорных стимулов, их проведение, синтез и оценка» | УК- 1,2,3,5ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5 |
| 9 | Двигательная система и симптомы ее поражения | УК- 1,2,3,5ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5 |
| 10 | Симптомы поражения червя и полушарий мозжечка | УК- 1,2,3,5ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5 |
| 11 | Проблемы организации и реализации профилактической деятельности | УК- 1,2,4,5 ОПК- 1,2,7,8,9 ПК-4,6 |
| 12 | Чувствительная система и симптомы ее поражения  | УК- 1,2,3,5ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5 |
| 13 | Черепные нервы и симптомы их поражения | УК- 1,2,3,5ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5 |
| 14 | Ликвородинамические пробы  |  |
| 15 | Структура нейрона. Морфологические отличия нейронов от других клеток. Интегративная функция нейрона | УК- 1,2,3,5ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5 |
| 16 | Топическая диагностика поражений спинного мозга | УК- 1,2,3,5ОПК− 1,3,4,6,7 ПК− 1,4,5 |
| 17 | Отоневрологическое исследование | УК- 1,2,3,4,5 ОПК− 1,2,3,4 ПК− 1 |
| 18 | Роль электроэнцефалографии в неврологической практике | УК- 1,2,3,4,5 ОПК− 1,2,3,4 ПК− 1 |
| 20 | Дифференциальная диагностика полиневропатий | УК- 1,2,4,5 ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 |
| 21 | Плексопатии: диагностика и лечение | УК- 1,2,4,5 ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 |
| 22 | Нейропатическая боль: диагностика и лечение | УК- 1,2,4,5 ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 |
| 23 | Невралгия тройничного нерва | УК- 1,2,4,5 ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 |
| 24 | Энцефалиты: дифференциальная диагностика и лечение | УК- 1,2,4,5 ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 |
| 25 | Менингиты: дифференциальная диагностика и лечение | УК- 1,2,4,5 ОПК− 1,2,4,5,6,7,8,9,10 ПК− 1,2,3,4,5,6,7,8 |

**4.3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Оценочные материалы государственной итоговой аттестации по специальности представлены отдельным документом – «Программа государственной итоговой аттестации».

 **Приложение**

**Информационная справка**

**ВИДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ В СООТНЕСЕНИИ С ФОРМАМИ КОНТРОЛЯ**

Список используемых сокращений:

*- текущий контроль – Т/К*

*- промежуточная аттестация – П/А*

*- государственная итоговая аттестация - ГИА*

| **№****п/п** | **Процедура контроля** | **Наименование****оценочного****средства** | **Краткая характеристика оценочного средства, цель его применения применения использования** | **Представление оценочного средства в фонде** | **Формы****контроля** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Оценочные средства, часто применяемые в медицинском образовании*** |
| 1. | Тестирование*(применяется преимущественно для проверки знаний)* |  Тестовое задание  | Стандартизированное задание, позволяющее автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося | Фонд тестовых заданий | Т/К П/А ГИА |
| 2.  | Контрольнаяработа *(применяется преимущественно для проверки практических умений, навыков)* | Контрольные задания | Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу | Комплект контрольных заданий  | Т/К П/А  |
|  Кейс-задача*(в медицине – ситуационная (клиническая) задача)* | Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы | Задания для решения кейс- задач(*ситуационные (клинические) задачи*) | Т/К П/А ГИА |
| Упражнения на тренажере/симуляторе | Средство проверки умений применять полученные знания по определенной учебной теме на практике | Комплект упражнений для работы на тренажере/симуляторе | Т/К П/А |
| Учебная история болезни | Средство проверки знаний требований к заполнению истории болезни, умений заполнить историю болезни | Образец истории болезни | Т/К П/А  |
| 3.  | Собеседование*(применяется для проверки уровня теоретической и практической подготовки обучающихся – в ходе зачета, экзамена)*  | Контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую/ практическую подготовку обучающегося | Средство контроля, используемое в ходе *специальной беседы* преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.  | Вопросы (здания) для собеседования:- контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую подготовку обучающегося;- контрольные вопросы (задания), выявляющие практическую подготовку обучающегося; | П/А ГИА |
| 4. | Защита курсовой работы/проекта(*применяется преимущественно для оценки самостоятельной учебной деятельности)* |  Курсовая работа | Средство проверки умения представлять результаты теоретических, расчетных, аналитических, экспериментальных исследований | Перечень тем курсовых работ | П/А  |
|  | Презентация (в значении: предъявление) результатов самостоятельной работы |  Доклад/сообщение/реферат | Продукт самостоятельной работы, представляющий собой публичное выступление по решению определенной учебно- практической, учебной или научной темы  | Тематика докладов/сообщений/рефератов | Т/К П/А  |
| 11. | Проверка и оценивание отчетных документов (*применяется для оценки самостоятельной учебной деятельности, деятельности в период практики)*  |  Отчет | Средство проверки приобретенных знаний и умений за определенный период обучения в соответствии с индивидуальным учебным планом | Перечень отчетных документов | Т/К П/А  |
|  | Экзамен | Экзаменационный билет | Средство контроля, используемое для итоговой аттестации, по окончании периода обучения (по учебной дисциплине, по образовательной программе) | а) перечень экзаменационных вопросов (заданий) теоретического и практического характера, из которых формируются экзаменационные билеты;б) примеры экзаменационных билетов; | П/АГИА |
| ***Оценочные средства, которые также могут быть применены в медицинском образовании***  |
| 1. | Коллоквиум |  Контрольные вопросы | Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное *как учебное занятие* в виде коллективного собеседования преподавателя с обучающимися | Вопросы потемам/разделам дисциплины | Т/К П/А  |
| 2 | Оценивание портфолио | Портфолио | Целевая подборка работ обучающегося, раскрывающая его индивидуальные образовательные достижения в одной или нескольких учебных дисциплинах | Структурапортфолио | Т/К П/А *(в качестве дополнительного оценочного средства)* |
| 2. | Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут *(не относятся к специальным процедурам контроля, являются формами организации преимущественно семинарских занятий, но в ходе их проведения можно контролировать и оценивать степень сформированной способности к аргументации)* | Позволяют включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения | Перечень дискуссионных тем для проведения круглого стола, дискуссии, полемики, диспута | Т/К  |
| 4. | Оценка решений задач разного уровня сложности | Разно уровневые задачи |  Уровни решения задач: а) репродуктивного уровня *позволяют оценивать и диагностировать:**- знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) - умение правильно использовать специальные термины и понятия,* *- узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины;*б) реконструктивного уровня*позволяют оценивать и диагностировать:**умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей;*в) творческого уровня *позволяют оценивать и**диагностировать умения и навыки, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения* | Комплект разноуровневых задач (с указанием уровней) | Т/К П/А  |