

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
Н.И. Свиридова
«29» августа 2023 г.
ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
Института НМФО
№ 1 от «29» августа 2023 г.



Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

Наименование образовательной дисциплины: **Неврология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.42 Неврология**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-невролог**

Кафедра: **Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО**

Форма обучения: очная

Срок обучения: 2 года


Для обучающихся 2023 года поступления

Волгоград 2023 г.

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Барулин Александр Евгеньевич	Заведующий кафедрой, профессор	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
2.	Курушина Ольга Викторовна	Профессор кафедры	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
3.	Гордеева Ирина Евгеньевна	Доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
4.	Клаучек Анжелика Евгеньевна	Доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
5.	Калинченко Богдан Максимович	Ассистент		Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 12 от «29» июня 2023 года

Заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации института НМФО, д.м.н., профессор  Барулин А.Е.

Рецензенты:

Главный внештатный специалист-невролог Северо-Западного федерального округа РФ, заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова д.м.н., профессор Баранцевич Е. Р.


Главный внештатный специалист невролог по СКФО, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СтавГМУ, д.м.н., профессор Карпов С.М.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол №1 от «29» августа 2023 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник  отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики
М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО ВолгГМУ протокол № 1 от «29» августа 2023 года

Секретарь Ученого совета

 / В.Д. Заклякова/

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.</p> <p>2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</p> <p>3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</p> <p>4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</p> <p>5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</p> <p>6. Гигиеническое воспитание и образование населения.</p> <p>7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</p> <p>8. Система обязательного социального страхования в России.</p> <p>9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</p> <p>10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</p> <p>11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</p> <p>13. Качество медицинской помощи, основные понятия.</p> <p>14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</p> <p>15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</p>
---	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <p>1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</p> <p>2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</p> <p>3. Особенности изучения общей заболеваемости</p> <p>4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</p> <p>5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</p> <p>6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</p> <p>7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</p> <p>8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</p> <p>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</p> <p>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</p> <p>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</p> <p>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</p> <p>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</p> <p>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</p>
---	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ... а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей; б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения; в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают: а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний; б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах; в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году; г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это: а) заболеваемость по данным обращаемости; б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации; в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году; г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения: а) 50–55 %; б) 20–25 %; в) 15–20 %; г) 10–15 %</p> <p>5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы: а) исторический; б) статистический; в) экспериментальный; г) экономический; д) социологический; е) все вышеперечисленные</p> <p>6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры: а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки; б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки; в) все лица перед проведением профилактических прививок</p> <p>7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются: а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни; б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения; в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;</p>
---	--

- г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;
д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах
8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...
а) государственное социальное страхование;
б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;
в) менеджмент здравоохранения;
г) экономика здравоохранения
9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...
а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;
б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;
в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации
10. Временная нетрудоспособность – это ...
а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;
б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;
в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме
11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:
а) до 10 дней;
б) до 15 дней;
в) до 4 месяцев;
г) до 6 месяцев
12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...
а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;
б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;
в) не выдается
13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:
а) своевременность оказания медицинской помощи;
б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
в) степень достижения запланированного результата;
г) совокупность вышеуказанных характеристик
14. Виды контроля качества медицинской помощи:
а) государственный контроль;
б) ведомственный контроль;
г) внутренний контроль;
д) все вышеперечисленное верно
15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...
а) листок нетрудоспособности;

	<p>б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p> <p>в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;</p> <p>г) врачебное свидетельство о смерти</p>
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 1.</p> <p>Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p>Задача № 2.</p> <p>В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p>Задача № 3.</p> <p>При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p>Задача № 4.</p> <p>Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p>Задача №5.</p> <p>По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами
компетенций рабочей программы дисциплины**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-15	1-15	1-5	1-15
	2	1-15	1-15	1-5	1-15
	3	1-15	1-15	1-5	1-15
ОПК	1	1-15	1-15	1-5	1-15
	2	1-15	1-15	1-5	1-15
	4	1-15	1-15	1-5	1-15
	5	1-15	1-15	1-5	1-15
	6	1-15	1-15	1-5	1-15
	10	1-15	1-15	1-5	1-15
	11	1-15	1-15	1-5	1-15
	12	1-15	1-15	1-5	1-15

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
Первый уровень (УК-1) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II Уметь: применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II Знать: теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II			+		
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;			+		
Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 Уметь: толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) -1			+		
				+		

	Знать: теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1					
Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II Уметь: применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II Знать: теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II			+	+	
Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III Знать: отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III			+	+	+
Первый уровень (УК-3) - I Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) -1 Знать: теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) -1			+		
Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам	Владеть: навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - II			+	+	

среднего, высшего образования, ДПО	<p>Уметь: осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - П</p> <p>Знать: основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - П</p>			+	+	
Третий уровень (УК-3) - III Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	<p>Владеть: интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе В (УК-3) - III</p> <p>Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-3) - III</p> <p>Знать: психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления 3(УК-3) - III</p>			+	+	+
Первый уровень (ОПК-9)-I готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Владеть: санологическим мышлением</p> <p>Уметь: осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровье сбережения</p> <p>Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>			+		
Второй уровень (ОПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Владеть: навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья</p> <p>Знать: техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>			+	+	

Третий уровень (ОПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Владеть: навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Уметь: приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья Знать: особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей			+	+	+
				+	+	+
				+	+	+

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 от первоисточника)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т.д.)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников

- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения

- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	5. Оформление
--	---------------

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
<p>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 литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности</p>	А	100–96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5+)
<p>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 изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.</p>	В	95–91		5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.</p>	С	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4

<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.</p>	D	80-76		4 (4-)
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.</p>	E	75-71		3 (3+)
<p>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. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.</p>	E	70-66	НИЗКИЙ (ознакомительный)	3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.</p>	E	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)	9 3 (3-)

<p>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. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Фх	60-41		2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций.</p> <p>Компетентность отсутствует.</p>	Ф	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	2

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное / групповое)	Проект	Зачёт
УК-1	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+	+	+	+	+
УК-3		+	+	+	+	+
ОПК-9	+	+	+	+	+	+

12.1. Представление оценочных средств в фонде

Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика:** учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2017.- 168с.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. . К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- | | |
|--------------------|--|
| 1. описательном | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта |

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. проективном | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания |
| 3. рефлексивном | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

Выберите один или несколько правильных ответов

12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы

б) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
- 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.
- 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.
- 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) методикой воспитания
- 2) воспитательной технологией
- 3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ

АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

Дополните высказывание

46. . РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ-_____ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА, УСВОЕНИЕ* КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ -_____ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - _____

Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием

- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ УРОВНЮ

- 1) адаптивному

- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка

- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАНИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ __ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

Установите соответствие

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. умения управлять собой | А. владение своим телом |
| | Б. владение эмоциональным состоянием |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские |
| | Г. владение техникой контактного взаимодействия |
| | Д. дидактические |
| | Е. владение техникой речи |

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- | | |
|--------------------|---|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития |
| 2. нормативный | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий |
| 4. системный | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним |
| 5. концептуальный | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- | | |
|---|------------------------------|
| 1. присущие многим сферам человеческой деятельности | А. информационная |
| | Б. конструктивная |
| | В. организаторская |
| 2. специфические педагогические | Г. коммуникативная |
| | Д. гностическая |
| | Е. воспитательно-развивающая |
| | Ж. ориентационная |
| | З. мобилизационная |
| | И. исследовательская |

Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - _____

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ _____

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМООБУСЛОВЛЕННЫ - _____

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - _____

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО

ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - _____

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» _____

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ- _____

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - _____

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - _____

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - _____

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ОПК-9

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ОПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ОПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ОПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ОПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ОПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ОПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ОПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ОПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ОПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ОПК-9

16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ОПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ОПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ОПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ОПК-9

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.

4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
 - а. функциональная подсистема РСЧС;
 - б. территориальная подсистема РСЧС;
 - в. структурное подразделение МЧС;

г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.

2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:

а. для оказания первой помощи;

б. для оказания первой врачебной помощи;

в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;

г. для оказания специализированной медицинской помощи.

3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

а. хирургическое отделение;

б. травматологическое отделение;

в. неврологическое отделение;

г. нейрохирургическое отделение.

4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

а. бригады доврачебной помощи;

б. врачебно-сестринские бригады;

в. бригады специализированной медицинской помощи;

г. бригады экстренного реагирования.

5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

а. бригады доврачебной помощи;

б. врачебно-сестринские бригады;

в. бригады специализированной медицинской помощи;

г. бригады экстренного реагирования.

6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:

а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;

б. врачебно-сестринские бригады;

в. бригады специализированной медицинской помощи.

7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:

а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;

б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;

в. бригады специализированной медицинской помощи;

г. областная клиническая больница

8. Основной принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:

а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;

б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;

в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.

9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;

б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;

в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

- а. двухэтапная система ЛЭО;**
- б. трехэтапная система ЛЭО;
- в. четырехэтапная система ЛЭО;
- г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

- а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
- б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
- в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
- г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротекция столбняка;**
- в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;**
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;
- в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

- а. повреждение легких;
- б. пневмоторакс;
- в. гемоторакс;
- г. повреждение сердца.**

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавшим направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;

- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

24. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

25. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммунодепрессивное;**
- в. тормозят перекисное окисление липидов;

г. уменьшают проницаемость мембран.

26. Внесинаптическое действие ФОС:

а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;

б. активируют перекисное окисление липидов;

в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);

г. иммуностимулирующее.

27. Внесинаптическое действие ФОС:

а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);

б. иммуностимулирующее;

в. тормозят перекисное окисление липидов;

г. повышают проницаемость мембран.

28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:

а. через кожу и слизистые оболочки;

б. ингаляционно;

в. через желудочно-кишечный тракт;

г. при любом пути поступления.

29. Реактиватором холинэстеразы является:

а. атропин;

б. метацин;

в. унитиол;

г. дипиросим.

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

1. легкой степени поражения;

2. средней тяжести;

3. тяжелой;

4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

а. рентгеновское, гамма-излучение;

б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;

в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;

г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;

б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;

в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;

г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

- а. > 10 МэВ/мкм;
- б. < 10 кэВ/мкм;
- в. < 10 МэВ/мкм;
- г. > 10 кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

- а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
- б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
- в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
- г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;
- б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**
- в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;
- г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. 10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. свыше 80 Гр.**

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

Банк ситуационных клинических задач

Задача №1. Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №2. Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №3. В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт.ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3х2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 5. Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 6. Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду. Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на

рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 8. Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 9. Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 10. ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1.Сформулируйте диагноз.

2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.

3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100 Отлично (5)	

6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ОПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	12	1-11,16,17	1-10	1-11

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита

- **Повышение вязкости крови**
- **Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга**
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:

- **Болезнь Вакеза-Ослера**
- Горная болезнь.
- **Неукротимая рвота**
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- **Эритроцитоз**
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**

- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- **Селезенка увеличена**

ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглинопатия S
- Гемоглинопатия E
- **Гемоглинопатия M**
- Гемоглинопатия C
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?

- **Желудок**
- Пищевод
- Ротовая полость
- **Двенадцатиперстная кишка**
- Толстая кишка
- **Проксимальный отдел тонкой кишки**

ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:

- **Слабость**
- **Повышенная утомляемость.**
- Адинамия
- Миалгия
- **Головокружение**
- **Глоссит**
- Кариес
- **Ангулярный стоматит**
- **Клойнихия (койлонихия)**
- **Снижение умственной и физической трудоспособности**
- Тахикардия
- **Нарушение глотания**
- Гепатомегалия
- **Ахлоргидрия**
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- **Извращение вкуса и запаха**

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

- **Гипохромной**
- Гиперхромной
- **Микроцитарной**
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- **Нормобластической**

- Гемолитической
- **Дисэритропоэтической**

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

- для талассемии
- для анемии при уремии
- **для железорефрактерной анемии**
- для аутоиммунной гемолитической анемии

ВОПРОС N 14. При В12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:

- **В системе пищеварения**
- **В нервной системе**
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- **В системе крови**

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для В22-дефицитной анемии:

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- **Анизоцитоз**
- **Мегалоцитоз**
- **Пойкилоцитоз**
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглобинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:

- **Микросфероцитоз**
- **Цветовой показатель в норме**
- **Ретикулоцитоз**
- **Увеличено содержание непрямого билирубина**
- **Спленомегалия**
- **Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов**
- Верного нет

ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглобинопатиях, обусловленных носителем гемоглобинов со сниженным сродством к кислороду:

- Pо2 снижено
- Pо2 повышено
- **Pо2 в норме**
- SО2 увеличено
- **SО2 снижено**
- SО2 в норме
- **Содержание дезоксигемоглобина повышено**
- Содержание гемоглобина снижено
- **Содержание гемоглобина в норме**

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:

- **Снижение цветового показателя**
- Повышение цветового показателя
- **Микроцитоз**
- Макроцитоз
- **Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- **Уменьшение содержания железа в сыворотке крови**
- Содержание железа в сыворотке крови не изменено
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- **Снижение выделения железа с мочой**

- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодефицитной анемии:

- **Снижение содержания гемоглобина и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**
- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

Банк ситуационных задач

Задача №1 «Патология Гемостаза»

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 380×10^9 /л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

- 1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?*
- 2. Патогенез данного заболевания.*
- 3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.*
- 4. Виды тромбоцитопатий.*
- 5. Принципы лечения тромбоцитопатий.*

Задача №2 «Патология Гемостаза»

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются

незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9/л$), лейкоциты- $1,3 \times 10^9/л$ (N6- $8 \times 10^9/л$), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

1. *Какая форма патологии гемостаза у больной?*
2. *Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.*
3. *Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.*
4. *Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.*
5. *Терапия тромбоцитопений.*

Задача №3 **«Патология Гемостаза»**

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,3 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. *О каком заболевании у данного больного можно думать?*
2. *Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?*
3. *Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.*
4. *Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.*
5. *Принципы терапии.*

ЗАДАЧА 4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог ША-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела $38,8^{\circ}C$, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови

отмечается лейкоцитоз до $24 \cdot 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

Клинический случай (III)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40°C в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39°C , появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах $39\text{--}40^\circ\text{C}$, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка ($38\text{--}38,5^\circ\text{C}$), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г. — гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела $38,2^\circ\text{C}$, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание снижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером $0,3 \times 0,5$ см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочевыделение свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах $38,2^\circ\text{C}$ для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нь	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЭ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
T-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
T-хелперы/T-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
T-супрессоры/T-цитотоксические (CD4 ⁺ CD8 ⁺)	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 ⁺ CD56 ⁺)	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
B-лимфоциты (CD3 ⁻ CD 19 ⁺)		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.
2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.
Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).
Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).
Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).
3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.
4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерилен.
5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.
6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.
7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).
ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.
8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.
9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.
10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.
11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.
12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.
13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.
14. Инструментальные обследования:
— R-грамма ОГК — без особенностей;
— эхокардиограмма — без патологии;
— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипэхогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы

диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипоехогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

— фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.

— кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;

— хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;

— иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;

— гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

Задание:

1. **Поставить предварительный диагноз.**
2. **Назначить дополнительное обследование.**
3. **Определить (предположить) этиологию заболевания.**
4. **Объяснить патогенез развития данного заболевания.**

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока .
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.

15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадиирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние

больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НП.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщу стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1°C. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезом, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-

красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга.

Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 5

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38°C. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки -

выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 6

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного. На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерунефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.

9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

12.2 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов

Формы контроля – рефераты.

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов.Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

Темы рефератов

Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	1 Значение современных морфологических методов исследования. 1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы. 2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. 2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов. 3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза 4. Современные методы изучения биоптата.
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии. 2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении. 3.Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии. 2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности. 3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита. 4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей. 5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких. 6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел I «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения.2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс.4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение.6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты.7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС.8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию.9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС.10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в ревматологии.14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.
---	--

<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.</p> <p>22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.</p> <p>23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в ревматологии.</p> <p>24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.</p> <p>25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p> <p>26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.</p> <p>27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.</p> <p>28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.</p> <p>29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в ревматологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.</p> <p>30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.</p> <p>31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.</p> <p>32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.</p> <p>33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.</p> <p>34. Последствия нерационального применения АМП</p> <p>35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.</p> <p>36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в ревматологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.</p> <p>38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.</p> <p>39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.</p> <p>40. Общие подходы к антимикробной профилактике в ревматологии.</p> <p>41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в ревматологической практике.</p> <p>42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.</p>
--	--

	<p>44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.</p> <p>45. Выбор гемостатических препаратов в ревматологии.</p> <p>46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.</p> <p>47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.</p> <p>48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.</p> <p>49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.</p> <p>50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.</p> <p>51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в ревматологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача ревматолога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в ревматологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии. 2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии. 3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа. 4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.
---	--

5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.
6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.
7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.
8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.
9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.
10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.
11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.
12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.
13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.
14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).
15. Дайте определение понятия фармакодинамика.
16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.
17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.
18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.
19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.
20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.
21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.
22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.
23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.
24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.
25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.
26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.
27. Укажите факторы риска развития НЛР.
28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.
29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.

<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.</p> <p>45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p>
---	---

	<p>48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация, показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.</p> <p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в ревматологии</p> <p>53. Специфические антитоды при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u> A) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека. B) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека. C) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания. D) Клинические испытания лекарственных средств.</p> <p>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u> A) Выбор наиболее дешевого вида терапии. B) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата. C) Выбор наиболее эффективного вида терапии. D) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</p> <p>3. <u>Лекарственная форма это:</u></p>
--	---

- A) **Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.**
- B) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.
- C) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.
4. К методам фармакоэкономического анализа не относятся:
- A) Метод затраты-эффективность.
- B) **Метод затраты-прибыль.**
- C) Метод затраты-полезность.
- D) Метод затраты-выгода
5. Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :
- A) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.
- B) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
- C) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
- D) Не требует изучения генотипа больного.
6. В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:
- A) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**
- B) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**
- C) Хромосомные aberrации.
- D) Хромосомные транслокации.
7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:
- A) **CYP2D6.**
- B) CYP3A4
- C) **CYP2C9**
- D) **CYP2C19**
8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :
- A) Иммуноферментного анализа.
- B) Иммунофлюоресцентного анализа.
- C) **ПЦР.**
- D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.
9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:
- A) Высокая
- B) Нормальная

С) **Низкая**

10. Биодоступность ЛС это:

А) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.

В) **Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**

С) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

А) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.

В) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.

С) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.

Д) **Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.**

12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

А) всасывание;

В) распределение;

С) метаболизм (биотрансформация);

Д) выведение;

Е) **все вышеперечисленные.**

13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

А) всасывание;

В) распределение;

С) метаболизм (биотрансформация);

Д) выведение;

Е) **механизм действия.**

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

А) макролиды;

В) фторхинолоны;

С) тетрациклины;

Д) **все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

А) 30 мин;

В) 1 час;

С) **2 ч и более;**

Д) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- A) пенициллины;
- B) тетрациклины;
- C) фторхинолоны;
- D) макролиды;
- д) правильно B и C.**

22. Агонисты рецепторов это:

- A) **Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- B) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- C) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- D) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:
- A) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
 - B) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
 - C) **Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**
 - D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.
24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:
- A) типа А;
 - B) типа В;
 - C) **типа С;**
 - D) типа D;
 - E) типа E
25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:
- A) пожилой возраст;
 - B) тяжелое состояние больного;
 - C) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
 - D) генетическая предрасположенность;
 - E) **все вышеперечисленное**
26. К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:
- A) приводящие к смерти;
 - B) требующие госпитализации или ее продления;
 - C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности);
 - D) приводящие стойкому снижению трудоспособности;
 - E) **все вышеперечисленное верно.**
27. Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:
- A) типа А;
 - B) **типа В;**
 - C) типа С;
 - D) типа D;
 - E) типа E.
28. Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:
- A) комплаенсом;
 - B) **фармаконадзором;**
 - C) фармакоэпидемиологией;
 - D) фармакоинспекцией.

Б 1.Б.6.2 Раздел 2
«Частные вопросы
клинической
фармакологии»

29. Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:

- a) диклофенак;
- b) индометацин;
- c) целекоксиб;
- d) **ибупрофен;**

30. Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:

- a) аспирин;
- b) лорноксикам;
- c) **целекоксиб;**
- d) индометацин;

31. При проведении пульс-терапии более предпочтителен:

- A) преднизолон
- B) метилпреднизолон**
- C) дексаметазон
- A) Гидрокортизон

32. Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:

- A) **аспирин;**
- B) нимесулид;
- C) целекоксиб;
- D) лорноксикам;

33. Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:

- a) через 2 суток;
- b) через 5-7 суток;
- c) через 7-10 суток;
- d) **через 10-14 суток;**

34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:

- A) преднизон
- B) бетаметазон**
- C) беклометазона дипропионат
- D) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

- A) **циклооксигеназа**
- B) фосфодиэстераза
- C) 5-липооксигеназа
- D) фосфолипаза A2

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
- B) неэффективность пульс-терапии
- C) стабилизация общего состояния больного**
- D) декомпенсированное состояние больного

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:
- A) Т-лимфоциты
 - B) В-лимфоциты
 - C) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
 - D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты
38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:
- A) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**
 - B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
 - C) однократно утром
 - D) 3 раза в день в равных дозах
39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:
- A) Преднизолон.
 - B) Метилпреднизолон.
 - C) Дексаметазон.
 - D) Гидрокортизон.**
40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:
- A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.
 - B) Истончение кожи, образование стрий.
 - C) Остеопороз, асептические некрозы костей.
 - D) Учащение и утяжеление инфекций.
 - E) Артериальная гипотензия.**
 - F) Задержка роста у детей.
41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:
- A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
 - B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
 - C) Характеристики пациента
 - D) Все вышеуказанное**
42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:
- A) 24 часа
 - B) 3 дня**
 - C) 7 дней
43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:
- A) 5-10% случаев**
 - B) 20-30% случаев

С) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- C) способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечене антибиотиками

- A) Возможно
- B) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
- C) Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- B) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
- C) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) Цефоперазон.**
- F) Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) **160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) **Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) **Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- A) **IIa, IXa.**
- B) IIa, IXa.
- C) Xa, IXa.
- D) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами является:

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) **Протамина сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- A) **Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) **Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- A) **ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлоксацин
- B) линкомицин
- C) **ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гемаэнцефалический барьер:

- A) ципрофлоксацин
- B) **меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные α/ γ интерфероны
- B) кагоцел
- C) **ингавирин**
- D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) **фамцикловир**
- D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) **лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтаролин
- D) **моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

- A) **Азитромицин**

- B) левомицетин
- C) имипенем
- D) амокициллин-клавуонат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический
- B) **анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. потливость | A. верно 1, 2, 3 |
| 2. сердцебиение | B. верно 1, 4, 5 |
| 3. сухость во рту | C. верно 3, 4, 5 |
| 4. нарушение аккомодации | D. верно 1, 2, 5 |
| 5. задержка мочеиспускания | E. верно 2, 3, 4 |

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

- A) аминофиллин
- D) верапамил
- C) омепразол
- D) **диазепам**
- E) все ответы правильные

69. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:

- A) **местное**
- B) общее (наркоз)
- C) комбинированное
- D) нейролептоанальгезия

70. Общим обезболиванием является:

- A) вагосимпатическая блокада
- B) спинальная анестезия
- C) стволовая анестезия
- D) **внутривенный наркоз**

71. При общем обезболивании происходит:

- A) **обратимое торможение нервной ЦНС**
- B) необратимое торможение ЦНС
- C) блокада основного нервного ствола
- D) возбуждение ЦНС

72. Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:

- A) обморок
- B) **контрактура нижней челюсти**
- C) анафилактический шок

	<p>D) коллапс</p> <p>73. <u>Общим осложнением при обезболивании является:</u></p> <p>A) контрактура</p> <p>B) коллапс</p> <p>C) некроз</p> <p>D) гематома</p> <p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u></p> <p>A) обморок</p> <p>B) гематома</p> <p>C) контрактура</p> <p>D) кровотечение</p> <p>E) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u></p> <p>A) внутривенно 1 мл мезатона</p> <p>B) внутримышечно 1 мл норадреналин</p> <p>C) внутримышечно метамезон</p> <p>D) внутривенно 1 мл атропина</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100 Отлично (5)	
	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

9. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям Хорошо (4)	
-пяти или шести критериям Отлично (5)	

10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	1. Краткость

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
- пяти или шести критериям Отлично (5)	4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»

Формируемые компетенции и по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК-1	1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
ОПК	2	1,25,26	4,11
	7	1 - 75	1-57
	9	1- 28	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 . «Фундаментальная неврология»</p>	<p>1. Физиология нейрона. Структура и свойства нейрона. Потенциал покоя и потенциал действия. Тормозные и возбуждающие потенциалы.</p> <p>2. Физиология и функции глии (астроциты, олигодендроциты, шванновские клетки).</p> <p>3. Физиология миелиновой оболочки. Роль миелина в проведении нервных импульсов. Обмен миелина; синтез миелина; демиелинизация; ремиелинизация. Особенности строения миелина в ЦНС и периферической нервной системе.</p> <p>4. Физиология гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Структура ГЭБ. Неоднородность ГЭБ. Особенности проникновения лекарственных субстанций через ГЭБ.</p> <p>5. Типы взаимодействия нервных клеток. Понятие синапса, виды синапсов. Медиаторы и их виды. Рецепторы: определение, виды, физиология, постсинаптические и пресинаптические рецепторы.</p> <p>6. Физиология вегетативной нервной системы (ВНС). Роль и основные функции ВНС. Эффекты симпатической и парасимпатической активации. Адренорецепторы: определение, виды, физиология. Холинорецепторы.</p> <p>7. Физиология вегетативной нервной системы (ВНС). Барорефлексы. Терморегуляция. Потоотделение. Регуляция зрачка. Регуляция дыхания. Регуляция моторики желудочно-кишечного тракта и акта дефекации. Регуляция функций мочевого пузыря и акта мочеиспускания. Регуляция эректильной функции.</p> <p>8. Принципы взаимодействия церебральных функциональных систем. Представление о функциональной системе.</p> <p>9. Аfferентные и эfferентные системы. Аfferентные системы: восприятие сенсорных стимулов, их проведение, синтез и оценка. Эfferентные системы: пирамидная, экстрапирамидная, мозжечковая, вегетативная.</p> <p>10. Специфические и неспецифические церебральные системы. Лимбико-ретикулярный комплекс - морфофункциональная основа деятельности неспецифических систем. Интегративный принцип деятельности неспецифических систем. 11. Функциональная межполушарная асимметрия. Локализация функций в полушариях мозга. Специализация полушарий.</p> <p>12. Общая модель синапса с химической передачей, биохимические ступени синаптической передачи (синтез, проведение, накопление, выделение, рецепция, разрушение, обратный захват).</p> <p>13. Современные представления о медиаторах и медиаторных системах; принципы сосуществования медиаторов в нейронах; локализация различных медиаторных систем в , их классификация, функции</p> <p>14. Нервно-мышечная передача: роль ацетилхолина; кальциевые каналы.</p> <p>15. Рилизинг-факторы гипоталамуса (статины и либерины). Нейротрансмиттерный контроль за гипоталамическими функциями. Принцип обратной связи (система гипоталамус-гипофиз-периферические эндокринные железы).</p>
--	--

16. Обмен дофамина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме дофамина.

17. Обмен норадреналина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме норадреналина.

18. Обмен серотонина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме серотонина.

19. Обмен ацетилхолина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме ацетилхолина.

20. Обмен гистамина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме гистамина.

21. Обмен гаммааминомасляной кислоты (ГАМК) и препараты, воздействующие на него.

22. Обмен глутамата и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме глутамата.

23. Обмен окиси азота (NO) и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме NO.

24. Нейропротекторы и антиоксиданты. Понятие об апоптозе. Эكсайтотоксичность и оксидантный стресс – неспецифические механизмы патогенеза заболеваний нервной системы. Нейропротекторы и антиоксиданты – виды и классы.

25. Витамины. Место витаминов в патогенезе заболеваний центральной и периферической нервной системы.

26. Ноотропы.

27. Гормоны. Кортикостероиды, глюкокортикоиды, минералокортикоиды, анаболики и механизм их действия. Виды и классы гормональных препаратов. Роль и место гормонов в терапии заболеваний нервной системы. Осложнения гормональной терапии.

28. Антагонисты кальция (АК). Группы АК. Особенности применения. Осложнения применения АК.

29. Вазоактивные препараты. Классы вазоактивных препаратов. Механизмы действия. Осложнения

30. Антikonвульсанты. Виды антikonвульсантов и механизм их действия. Мембранстабилизирующие возможности. Осложнения применения антikonвульсантов.

31. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Классы. Особенности действия. Осложнения применения НПВП.

32. Миорелаксанты. Миорелаксанты центрального и периферического действия (ботулотоксин).

33. Антикоагулянты, фибринолитики, антиагреганты.

34. Анальгетики. Группы препаратов, особенности их воздействия. Осложнения применения.

35. Блокаторы адренергических рецепторов. Бета-адреноблокаторы. Альфа-адреноблокаторы. Особенности применения в неврологии. Осложнения.

36. Снотворные. Виды снотворных препаратов. Коротко-, средне-, долгоживущие препараты. Особенности применения в неврологии. Осложнения.

37. Психотропные препараты (ПП). Классификация ПП. Нейролептики: типичные и атипичные (большие и малые); седативного и активирующего действия.

	<p>38.Анксиолитики: производные бензодиазепинов; карбаминовые эфиры замещенного пропандиола; производные дифенилметана; транквилизаторы различных химических групп. Механизмы действия.</p> <p>39.Антидепрессанты (АД): классификация, механизмы действия.</p> <p>40.Психостимуляторы: классификация, механизмы действия.</p> <p>41.Осложнения применения психотропных средств: неврологические, нейро-обменно-эндокринные, вегетативные; психические; злокачественный синдромы; синдром отмены; привыкание; зависимость.</p> <p>42. Нейрогенетика. Понятие о гене, хромосоме, хромосомный набор человека.</p> <p>43.Особенности деления соматической клетки (митоза) и половой клетки (мейоза).</p> <p>44.Аллельный ген. Мутация. Экспрессивность и пенетрантность наследственного признака. Генетическая гетерогенность.</p> <p>45.Понятие врожденного, наследственного и семейного заболевания в нейрогенетике.</p> <p>46.Врожденные морфогенетические варианты развития (микроаномалии) и пороки развития нервной системы.</p> <p>47.Основные типы наследования в нейрогенетике; гетерозиготное носительство и способы его выявления.</p> <p>48.Понятие о наследственной гетерогенности болезней нервной системы.</p> <p>49.Хромосомные болезни нервной системы.</p> <p>50.Методы диагностики наследственной патологии нервной системы.</p> <p>51.Клинико-генеалогический метод анализа, составление родословных, медико-генетическое консультирование в неврологии.</p> <p>52. Нейропсихология . Основные функциональные блоки по А.Р. Лурия. Блок поддержания тонуса коры. Блок переработки и хранения информации. Блок формирования и контроля программы.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Топическая диагностика»</p>	<p>1. Чувствительные нарушения. Виды расстройств чувствительности.</p> <p>2.Боль. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы мозга.</p> <p>3. Двигательные центральные нарушения: Симптомы поражения центрального двигательного нейрона на различных уровнях</p> <p>4. Двигательные периферические нарушения: признаки периферического паралича, симптомы поражения мышц, периферического нерва, нервно-мышечного синапса, стволов сплетений, переднего корешка, переднего рога, двигательных ядер черепных нервов, самих черепных нервов.</p>

5. Координация движений и ее расстройства: Мозжечок и вестибулярная система, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений. Различные виды атаксий.
6. Экстрапирамидные нарушения: подкорковые узлы, синдромы их поражения. Гипокинетически-гипертонический синдром.
7. Экстрапирамидные нарушения: подкорковые узлы, синдромы их поражения; Гиперкинезы.
8. Поражение больших полушарий. Расстройства высших психических функций.
9. Речь и ее расстройства. Импрессивная и экспрессивная речь. Афазии. Мутизм. Алалия. Дизартрия. Алексия. Аграфия.
10. Гнозис и его расстройства. Агнозии (зрительная, слуховая, сензитивная, анозогнозия, обонятельная и вкусовая агнозия).
11. Праксис и его расстройства. Апраксия (идеаторная, конструктивная, моторная, кинестетическая).
12. Память и ее расстройства.
11. Мышление и его расстройства. Врожденное слабоумие. Задержка умственного развития.
12. Понятие о деменции и псевдодеменции. Кортикальная и подкорковая деменция.
13. Обонятельный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Аносмия, гипосмия, гиперосмия.
14. Зрительный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
15. Глазодвигательные нервы. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
16. Тройничный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Невралгия тройничного нерва.
17. Лицевой нерв и промежуточный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
18. Преддверно-улитковый нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Вестибулярный нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия. Синдром Меньера.
19. Каудальная группа нервов. Языкоглоточный нерв – IX; блуждающий нерв – X; добавочный нерв – XI; подъязычный нерв – XII. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Булбарный и псевдобулбарный синдромы.
20. Синдромы сочетанного поражения черепных нервов. Синдром мосто-мозжечкового угла и др.

21. Строение и поражение ствола Ретукулярная формация ствола мозга: её строение и функции.
22. Синдромы зрачковых и глазодвигательных расстройств.
23. Синдромы нарушений бодрствования и сознания (выключение сознания, гиперсомнические и коматозные расстройства).
24. Альтернирующие синдромы. Латеральный и медиальный синдром ствола мозга.
25. Синдром дислокации и ущемления ствола мозга в области отверстия мозжечкового намета и большого затылочного отверстия.
26. Синдром центральных апноэ. Другие синдромы дыхательных расстройств у больных в коме.
27. Синдром острых постуральных расстройств («дроп-атака»).
28. Анатомия и физиология спинного мозга. Определение сегмента. Шейное и пояснично-крестцовое утолщения.
29. Спинной мозг: серое вещество – анатомия, синдромы поражения.
30. Спинной мозг – белое вещество – анатомия, синдромы поражения.
31. Синдромы поражения отдельных участков поперечного среза спинного мозга
32. Синдромы поражения задних канатиков; бокового канатика; половины поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара);
33. Синдром поражения вентральной половины поперечника спинного мозга. Синдром полного поражения спинного мозга
34. Поражение ПНС: Радикулопатии – синдром поражения переднего корешка, синдром поражения заднего корешка, синдром поражения корешков конского хвоста.
35. Плексопатии: синдромы поражения шейного сплетения;
36. Синдромы поражения плечевого сплетения (синдром поражения верхнего первичного пучка – паралич Дюшена-Эрба, синдром поражения среднего пучка, синдром поражения нижнего первичного пучка – паралич Дежерина Клюмпке).
37. Синдромы поражения поясничного сплетения.
38. Синдромы поражения крестцового сплетения.
39. Синдромы поражения шейного сплетения.
40. Синдромы поражения периферических нервов плечевого сплетения: лучевой, локтевой, срединный нервы.

	<p>41. Синдромы поражения грудных нервов.</p> <p>42. Синдромы поражения периферических нервов поясничного сплетения: бедренный нерв, запирающий нерв, наружный кожный нерв бедра (синдром Рота).</p> <p>43. Синдромы поражения периферических нервов крестцового сплетения: седалищный, малоберцовый, большеберцовый нервы.</p> <p>44. Полинейропатии (аксонопатии, миелінопатии): сенсорная, моторная, вегетативная, смешанная, дистальная, проксимальная.</p> <p>45. Нарушение тазовых функций. Недержание мочи. Истинное недержание мочи. Задержка мочеиспускания. Императивные позывы. Неврогенные расстройства мочеиспускания. Нарушения дефекации. Нарушения половой функции: нейрогенная импотенция.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Общая неврология»</p>	<p>1. Электроэнцефалография (ЭЭГ). Патологические изменения в ЭЭГ. Эпилепсия и ЭЭГ. Роль ЭЭГ в оценке функционального состояния мозга.</p> <p>2. Реоэнцефалография и реовазография. Основные показания к применению.</p> <p>3. Допплероультрасонография. Основные показания к применению. Возможности метода для динамического контроля при оперативных вмешательствах.</p> <p>4. Вызванные потенциалы (ВП): соматосенсорные, зрительные, слуховые, стволовые. Роль ВП в диагностике уровня поражения афферентных систем и оценки их функционального состояния.</p> <p>5. Электронейромиография (ЭНМГ). ЭНМГ критерии разных уровней поражения (нижний мотонейрон, корешок спинного мозга, нервный ствол, мышца). Глобальная, локальная и стимуляционная ЭНМГ.</p> <p>6. Полисомнография. Основные показания к применению.</p> <p>7. Методы исследования сегментарного отдела вегетативной нервной системы и их оценка. Вызванные кожные симпатические потенциалы, вызванные сосудистые реакции, кардиоваскулярные тесты (проба с глубоким медленным дыханием, проба с активным вставанием, проба Вальсальвы, ортопроба, проба с изометрическим физическим напряжением, нагрузкой).</p> <p>8. Исследование порогов боли (альгометрия, ноцептивный флексорный рефлекс). Болевые оценочные шкалы.</p> <p>9. Рентгеновская компьютерная томография (КТ) Основные показания при заболеваниях ЦНС.</p>

	<p>10.Магнитно-резонансная томография (МРТ), МР-ангиография. Радионуклидные методы нейровизуализации.</p> <p>11.Позитронная эмиссионная томография – метод прижизненного количественного исследования метаболизма и кровотока в ЦНС.</p> <p>12. Боль.. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы. Острая и хроническая боль. Ноцицептивная и невропатическая боль. Висцеральные боли. Отраженные боли. Психогенные боли. Методы оценки боли.</p> <p>13.Головокружение. Центральные и периферические системы контроля равновесия и ориентации тела в пространстве. Системное и несистемное головокружение.</p> <p>14.Повышение внутричерепного давления. Ликворные системы мозга. Регуляция внутричерепного давления. Ликворопродукция и ликворорезорбция. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Гидроцефалия. Наружная и внутренняя. Открытая и закрытая.</p> <p>15.Нарушения сознания. Пароксизмальная утрата сознания и длительное (перманентное) изменение сознания: спутанность сознания, оглушение, делирий, сопор, кома. Акинетический мутизм. Хроническое вегетативное состояние. Смерть мозга. Синдром «запертого человека».</p> <p>16.Стояние и ходьба. Способы измерения равновесия и ходьбы (клинические шкалы, стабилография, видеокинематический анализ ходьбы).</p> <p>17. Клинические варианты нарушений ходьбы (дисбазия) и стояния (астазия).</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Частная неврология»</p>	<p>1.Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Функциональные шкалы оценки тяжести инсульта.</p> <p>2.Патофизиология церебрального инсульта. «Ишемический каскад». Хронобиология церебрального инсульта.</p> <p>3.Принципы исследования больного с церебро-васкулярным заболеванием, параклинические методы диагностики</p> <p>4. Транзиторная ишемическая атака. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>5. Ишемический инсульт. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>6.Геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>7.Хроническая ишемия мозга. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>8. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>9..Хирургическое лечение сосудистых заболеваний головного мозга (показания к хирургическому лечению).</p> <p>10.Заболевания вен ГМ и синусов. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p>

11. Сосудистые заболевания спинного мозга. Острый спинальный инсульт. Хроническая сосудистая миелопатия.
12. Опухоли центральной нервной системы. Гистологическая классификация опухолей ЦНС.
13. Особенности течения различных типов опухолей. Первичные и метастатические опухоли мозга. Особенности течения супра- и субтенториальных, конвекситальных и глубинных опухолей, опухолей средней линии.
14. Первичные (очаговые) и вторичные симптомы опухолей ГМ.
15. Диагностика опухолей головного мозга (клиническая и параклиническая). Роль нейровизуализационных исследований.
16. Экстренные, срочные и относительные показания к операции. Типы операций (радикальные тотальные и субтотальные, частичные, паллиативные, пластические, противоболевые).
17. Хирургическое лечение внутримозговых глиальных опухолей, менингиом, невринол, аденом гипофиза, краниофарингеом, опухолей черепа.
18. Лучевое и медикаментозное лечение опухолей ГМ, послеоперационное лечение.
19. Клиника опухолей спинного мозга и прилежащих образований: корешково-оболочечные, проводниковые и сегментарные симптомы.
20. Клиника и диагностика опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста. Особенности течения интрамедуллярных опухолей и экстрамедуллярных опухолей (интра- и экстрадуральных).
21. Опухоли спинного мозга. Показания к операции, основные типы операций. Лучевое и медикаментозное лечение.
22. Менингиты: гнойные и серозные; острые и хронические (арахноидиты). Этиология, патогенез. Менингизм.
23. Гнойные менингиты: этиология, патогенез, лечение и профилактика
24. Серозные менингиты: этиология, патогенез, лечение и профилактика
23. Энцефалиты – острые и хронические . Классификация.
24. Клещевой и комариный энцефалиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
25. Энцефалит Экономо. Этиология, патогенез, лечение и профилактика

26. Герпетический энцефалит. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
27. Туберкулезные поражения нервной системы (менингиты, энцефаломиелиты, менинго-миелиты, туберкулема), поражение позвоночника. Патогенез, лечение и профилактика
28. Грибковые поражения нервной системы. Грибковые менингиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
29. Поражения нервной системы при опоясывающем лишае; постгерпетическая невралгия. Патогенез, лечение и профилактика
30. СПИД и нервная система. Классификация поражений. Патогенез, лечение и профилактика
31. Нейроборрелиоз (болезнь Лайма).
32. Особенности поражения центральной и периферической нервной системы при сифилисе.
33. Паразитарные заболевания нервной системы (цистицеркоз, эхинококкоз, токсоплазмоз).
34. Особенности поражения центральной и периферической нервной системы при ботулизме.
35. Рассеянный склероз. Классификация. Варианты течения .
36. Клинические критерии диагностики рассеянного склероза: по Позеру, Мак Доналду – достоверный, вероятный, возможный. Шкала инвалидности Куртцке. Параклинические критерии – МРТ, иммуно-ликвородиагностика, вызванные потенциалы.
37. Рассеянный склероз. Особенности лечения в период обострений и профилактика обострений методами длительной иммунокоррекции.
38. Рассеянный склероз. Симптоматическое лечение спастичности, боли, тазовых расстройств, тремора, пароксизмальных, эмоциональных и других проявлений.
39. Дифференциальный диагноз рассеянного склероза: острые рассеянные энцефаломиелиты (первичный и вакцинальный), лейкоэнцефалиты (лейкоэнцефалит Шильдера), панэнцефалит (Ван-Богарта). Лейкодистрофии и лейкоэнцефалопатии. Клиника, диагностика, лечение.
40. Травматическое поражение нервной системы. Виды черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (закрытая, открытая; проникающая и непроникающая). Основные факторы патогенеза .
41. Классификация черепно-мозговых травм. Сотрясение мозга. Клиника, диагностика, лечение. Клиника, диагностика, лечение.

42. Ушиб мозга легкой степени. Ушиб мозга средней степени. Тяжелый ушиб головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.

43. Сдавление мозга на фоне его ушиба. Сдавление мозга без сопутствующего ушиба. Клиника, диагностика, лечение.

44. Периодизация ЧМТ (острый период, промежуточный, период отдаленных последствий). Тяжесть ЧМТ (рубрификация). 45. ЧМТ. Тяжесть состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное) и критерии ее оценки (состояние сознания, степень нарушения витальных функций, выраженность неврологической симптоматики).

46. Неврологические проявления периода отдаленных последствий ЧМТ. «Посттравматическая энцефалопатия» и критерии ее диагностики. Посткоммоционный синдром (клиника и диагностика). Основы терапии

47. Спинальная травма. Травма периферических нервов. Клиника, диагностика, лечение.

48. Патология ликвороциркуляции. Открытая и закрытая гидроцефалия. Отек и набухание головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.

49. Нормотензивная гидроцефалия. Клиника, диагностика, лечение.

50. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Клиника, диагностика, лечение.

51. Нервно-мышечные заболевания. Прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД). X-сцепленные Дюшенна и Беккера и другие. Клиника, диагностика, лечение.

52. Аутосомные ПМД – лицелопаточно-плечевая Ландузи-Дежерина, скапуло-перонеальная Давиденкова, конечностно-поясная Эрба-Рота, дистальные и окулофарингеальные формы.

53. Спинальные амиотрофии. Проксимальные спинальные амиотрофии детского возраста – 1, 2, 3 типа и редкие формы. Клиника, диагностика, лечение.

54. Спинальные амиотрофии взрослых – бульбоспинальная, дистальная, и др. Клиника, диагностика, лечение.

55. Метаболические миопатии – при гликогенозах, митохондриальные энцефаломиопатии (с-м Кирнса-Сейра, с-м MELAS, с-м MERRF), миопатические синдромы при нарушениях обмена карнитина, алкогольная миопатия. Клиника, диагностика, лечение.

56. Миастения и миастенические синдромы. Клиника, диагностика, лечение.

57. Клиническая диагностика миастении (синдром патологической мышечной утомляемости). Параклиническая диагностика миастении (прозеринавая проба, ЭНМГ, иммунодиагностика, исследование вилочковой железы). Лечение миастении- лекарственное и хирургическое.

58. Миастенический и холинергический криз, принципы лечения. Конечностно-поясная миастения и миастения новорожденных. Клиника, диагностика, лечение.

59. Миастенические и миастеноподобные синдромы: синдром Ламберта-Итона, семейная инфантильная миастения, врожденная миастения, лекарственная миастения и др. Клиника, диагностика, лечение.

60. Миотонии: дистрофическая, врожденная (Томсена и Беккера), ремиттирующая (при избытке калия). Клиника, диагностика, лечение.

61. Периодические параличи: семейный гиперкалиемический, семейный гипокалиемический, семейный нормокалиемический, симптоматические. Миоглобинурия. Клиника, диагностика, лечение.

62. Синдромы гиперактивности двигательных единиц: синдром ригидного человека, нейромиотония, тетания, крампи, миокимии, синдром Шварца-Джампела и другие. Клиника, диагностика, лечение.

63. Заболевания периферической нервной системы. Нейропатии: сенсорные, моторные, вегетативные, смешанные. Аксонопатии, миелінопатии. Принципы ЭНМГ-диагностики.

64. Полиневропатии наследственные (НМСН Шарко-Мари-Тута, со склонностью к параличам от давления, синдром Русси-Леви, сенсорно-вегетативные, болезнь Фабри, порфирийная и др.). Клиника, диагностика, лечение.

65. Полинейропатии идиопатические воспалительные (синдромы Гийена-Барре и Фишера, ХВДП, мультифокальная с блоками проведения). Клиника, диагностика, лечение.

66. Полиневропатии при соматических заболеваниях (диабетическая, уремиическая, парапротеинемическая, при коллагенозах и васкулитах, паранеопластическая, критических состояний). Клиника, диагностика, лечение.

67. Полинейропатии токсические (алкогольная, мышьяковая, при отравлении ФОС, свинцовая, изониазидная и др.). Клиника, диагностика, лечение.

68. Плексопатии плечевая (травматическая, неопластическая, лучевая). Синдром Персонейджа-Тернера. Синдром верхней апертуры грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение.

69. Плексопатия пояснично-крестцовая. Клиника, диагностика, лечение.
70. Краниальные невропатии. Множественная краниальная невропатия. Синдром болевой офтальмоплегии. Синдром Гарсена. Клиника, диагностика, лечение.
71. Туннельные невропатии. Клиническая картина и диагностика туннельных невропатий отдельных нервов. Синдромы мышечных лож. Клиника, диагностика, лечение.
72. Туннельные невропатии. Принципы диагностики, консервативное лечение и показания к хирургическому лечению. Клиника, диагностика, лечение.
73. Вертеброгенные поражения периферической нервной системы (рефлекторные мышечно-тонические, компрессионно-ишемические радикуло-миелопатические синдромы). Миофасциальный болевой синдром. Клиника, диагностика, лечение.
74. Комплексный регионарный болевой синдром (рефлекторной симпатической дистрофии). Клиника, диагностика, лечение.
75. Боковой амиотрофический склероз. Особенности клинического течения различных форм БАС. Клинические и ЭНМГ-критерии диагностики БАС. Клиника, диагностика, лечение.
76. Синдромы БАС (спондилогенная миелопатия, прогрессирующие спинальные амиотрофии, при инфекциях, интоксикациях, пострадиационная миелопатия, мультифокальная двигательная невропатия с блоками проведения, паранеопластический синдром и другие). Симптоматическое лечение БАС.
77. Дегенеративные заболевания ЦНС с преимущественным поражением пирамидной системы и мозжечка: наследственная спастическая параплегия (изолированная и спастическая параплегия-плюс). Клиника, диагностика, лечение.
78. Спиноцеребеллярные дегенерации: наследственные спиноцеребеллярные атаксии (болезнь Фридрейха, наследственная витамин-Е дефицитная атаксия, аутосомно-доминантные спиноцеребеллярные атаксии 1-13 типов, эпизодические атаксии, с-м Маринеску-Шегрена). Клиника, диагностика, лечение.
79. Врожденная гипоплазия мозжечка. Спорадические формы спино-церебеллярных дегенераций. Клиника, диагностика, лечение.
80. Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма (прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемная атрофия, кортико-базальная дегенерация).

Лекарственное и хирургическое лечение болезни Паркинсона, осложнения фармакотерапии.

81.Тремор. Классификация (покоя, постуральный, кинетический). Эссенциальный тремор. Клиника, диагностика, лечение

82. Дистонии. Принципы классификации. Клиническая диагностика дистоний. Лекарственное и хирургическое лечение. Клиника, диагностика, лечение Лечение ботулотоксином.

83. Хорея Гентингтона и другие хорей (сенильная, малая, лекарственная, синдром хорей-акантоцитоз, доброкачественная, синдром Леша-Нихена). Клиника, диагностика, лечение

84. Миоклонус (корковый, стволочно-подкорковый, сегментарный, периферический). Клиника, диагностика, лечение

85.Первичный и вторичный миоклонус. Эпилептический миоклонус. Миоклонус–эпилепсия. Стартл-синдром и гиперэксплексия. Клиника, диагностика, лечение

86.Тики и синдром Туретта. Клиника, диагностика, лечение

87. Лекарственные дискинезии (нейролептические и другие). Клиника, диагностика, лечение

88.Головные боли. Классификация и диагностические критерии первичных и симптоматических головных болей (симптомы «опасности»).

89.Мигрень без ауры и мигрень с аурой. Виды аур. Дифференциальная диагностика мигрени с аурой с ТИА и др. органическими неврологическими заболеваниями. Клиника, диагностика, лечение.

90. Мигренозный статус и другие осложнения мигрени. Возрастные особенности мигрени. Клиника, диагностика, лечение мигрени.

91. Первичные сосудистые головные боли (пучковая, ХПГ). Классификация. Клиника, диагностика, лечение

92.Головные боли напряжения: эпизодические и хронические: с напряжением и без напряжения перикраниальных мышц.

93.Симптоматические головные боли. Гипертензионные ГБ, посттравматические ГБ: острые и хронические. Головные боли при артериальной гипертензии. ГБ при метаболических расстройствах: гиперкапния и гипокапния.

94. Связь ГБ с синдромом апное во сне (САС). Абузусные головные боли, обусловленные злоупотреблением анальгетиков. Принципы их лечения.

95. Цервикогенная ГБ. Клиника, диагностика, лечение.

96. Невралгия тройничного и языкоглоточного нервов. Периферические и центральные факторы патогенеза. Методы консервативного и хирургического лечения.

97. Миофасциальная лицевая болевая дисфункция. Патогенетическое значение нарушений прикуса и дисфункции ВНЧС. Ортопедическая коррекция и фармакологическое лечение.

98. Болевая офтальмоплегия. С-м Толосы – Ханта. Головные и лицевые боли, связанные с заболеванием глаз (глаукома) и ЛОР – органов (воспаление придаточных пазух, уха). Клиника, диагностика, лечение

99. Эпилепсия. Основные механизмы эпилептогенеза. Эпилептические припадки (генерализованные, парциальные). Стандарт ведения пациента с первым эпилептическим припадком.

100. Эпилепсии и эпилептические синдромы. Парциальные эпилепсии (симптоматические, идиопатические). Темпоральные и экстратемпоральные неокортикальные эпилепсии. Клиника, диагностика, лечение

101. Генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы. Возрасто-зависимые идиопатические эпилептические синдромы. Криптогенные и симптоматические, связанные с возрастом синдромы. Клиника, диагностика, лечение

102. Эпилепсия и беременность. Эпилептический статус. Фебрильные судороги. Клиника, диагностика, лечение

103. Неэпилептические пароксизмы, дифференциальный диагноз с эпилепсией. Клиника, диагностика, лечение

104. Принципы фармакологического лечения эпилепсии. Хирургическое лечение.

105. Наследственные и врожденные заболевания ЦНС. Липидозы с нарушением обмена сфингомиелина (б-нь Нимана – Пика), глюкоцереброзидов (б-нь Гоше). Тип болезни. Тип наследования. Клиника, диагностика, лечение

106. Лейкодистрофии: метохроматическая, глободно-клеточная (б-нь Краббе), суданофильная (б-нь Пелициуса-Мерцбахера). Мукополисахаридозы, муколипидозы, болезнь Морфана. Клиника, диагностика, лечение

- 107.Нарушения метаболизма аминокислот: фенилкетонурия, гомоцистинурия и др. Клиника, диагностика, лечение
- 108.Факоматозы. Нейрофиброматоз Реклингаузена: периферическая и центральная формы. Клиника, диагностика, лечение
- 109.Системный цереброретиновисцеральный ангиоматоз (б-нь Гиппель – Линдау): с преимущественным поражением мозжечка «опухоль Линдау» и сетчатки «опухоль Гиппеля». Атаксия – тельянгиоэктазия (с – м Луи – Бар). Болезнь Штурге-Вебера. Клиника, диагностика, лечение
- 110.Врождённые аномалии. Сирингомиелия: основные формы (сирингобульбия). Показания к хирургическому лечению. Клинические и нейровизуализационные признаки. Принципы терапии.
- 111.Spina - bifida. С – м Арнольда Киари, Денди-Уокера. Базилярная импрессия и платибазия. Врождённый нистагм. Арахноидальные кисты. Клиника, диагностика, лечение
- 112.Соматоневрологические синдромы. Неврологические расстройства (энцефалопатии и полинейропатии) при болезнях внутренних органов, желез внутренней секреции, соединительной ткани, крови. Клиника, диагностика, лечение. Неврология беременности
- 113.Нутритивные, паранеопластические синдромы. Клиника, диагностика, лечение
- 114.Интоксикации. Поражения нервной системы (энцефалопатии и полинейропатии) при интоксикации алкоголем, наркотиками, лекарствами, химиотерапией, промышленными ядами. Клиника, диагностика, лечение
- 115.Деменции. Определение деменций. Методы исследования когнитивных функций и памяти. Классификация деменций. Клиника, диагностика, лечение
116. Дегенеративные деменции. Болезнь Альцгеймера, болезнь телец Леви, другие формы дегенеративных деменций. Сосудистые деменции. Принципы терапии.
- 117.Нарушения цикла «Сон-бодрствование» (ЦСБ). Классификация нарушений сна. Диссомнии, гиперсомнии, парасомнии: виды, клиническая картина, особенности диагностики и лечения. Медицина сна
- 118.Возрастные аспекты неврологических заболеваний. Патология развития плода, детский церебральный паралич. Особенности

течения последствий ДЦП у взрослых. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью . Клиника, диагностика, лечение.

119. Геронтоневрология. Механизмы старения. Особенности течения и принципы терапии неврологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте. Клиника, диагностика, лечение

120.Нейрореабилитация. Понятие нейрореабилитации. Организация реабилитационных мероприятий при различных формах неврологических заболеваний.

121. Акинетико-ригидный синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

122. Астенический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

123.Болевые синдромы спины и верхней конечности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

124. Болевые синдромы спины и нижней конечности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

125. Миофасциальные болевые синдромы. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

126. Синдром вегетативной дистонии (СВД). Особенности клинической картины, диагностика и лечение

127. Гемиплегия (гемипарез). Особенности клинической картины, диагностика и лечение

128. Синдром гиперсомнии. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

129. Гипоталамический синдром. Ожирение и истощение. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

130. Лицевые гиперкинезы. Тремор. Хорея. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

131. Менингеальный синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

132. Миоклонус. Классификация. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

133. Миопатический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

134. Миотонические и псевдомиотонические синдромы. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
135. Мозжечковая атаксия. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
136. Мышечная слабость проксимальная. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
137. Нейрогенный мочевой пузырь. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
138. Односторонняя слабость лицевой (мимической) мускулатуры. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
139. Острая наружная офтальмоплегия. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
140. Острое состояние спутанности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
141. Острое ухудшение зрения на оба глаза. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
142. Острое ухудшение зрения на один глаз. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
144. Параплегия нижняя спастическая. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
145. Эпилептический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
146. Полинейропатический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
147. Поражение мотонейрона (нижнего и верхнего). Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
148. Приступообразная головная боль. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
149. Синдром патологического положения головы. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
150. Синдром периферической вегетативной недостаточности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
151. Эпизоды преходящих парезов конечностей. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.

--	--

Для промежуточного контроля усвоения знаний по разделу «Топическая диагностика заболеваний нервной системы» банк тестов¹

01.1. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы

- а) верхней прямой
- б) наружной прямой
- в) нижней прямой
- г) нижней косой
- д) верхней косой

01.2. Мидриаз возникает при поражении

- а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
- г) среднего непарного ядра
- д) ядра медиального продольного пучка

01.3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T₁₀ дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента

- а) T₆ или T₇
- б) T₈ или T₉
- в) T₉ или T₁₀
- г) T₁₀ или T₁₁
- д) T₁₁ или T₁₂

01.4. При центральном параличе наблюдается

- а) атрофия мышц
- б) повышение сухожильных рефлексов
- в) нарушение чувствительности по полиневритическому типу
- г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
- д) фибриллярные подергивания

01.5. Хореический гиперкинез возникает при поражении

- а) палеостриатума
- б) неостриатума
- в) медиального бледного шара
- г) латерального бледного шара
- д) мозжечка

01.6. Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии

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

01.7. Волокна глубокой чувствительности для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально
- д) вентромедиально

1 Протокол №6 дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности «31.08.42. Неврология» от 14 мая 2019г на 2019 - 2020 учебный год

01.8. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)

- а) в продолговатом мозге
- б) в мосту мозга
- в) в ножках мозга
- г) в зрительном бугре
- д) в мозжечке

01.9. Основным медиатором тормозного действия является

- а) ацетилхолин
- б) ГАМК
- в) норадреналин
- г) адреналин
- д) дофамин

01.10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются

- а) в латеральном ядре бледного шара
- б) в полосатом теле
- в) в медиальном ядре бледного шара
- г) в субталамическом ядре
- д) в мозжечке

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

- а) мозжечковая
- б) сенситивная
- в) вестибулярная
- г) лобная
- д) смешанная

01.12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через

- а) красное ядро
- б) люисово тело
- в) черное вещество
- г) полосатое тело
- д) голубое пятно

01.13. Биназальная гемианопсия наступает при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
- в) зрительной лучистости
- г) зрительных трактов
- д) черного вещества

01.14. К концентрическому сужению полей зрения приводит сдавление

- а) зрительного тракта

- б) зрительного перекреста
- в) наружного коленчатого тела
- г) зрительной лучистости
- д) черного вещества

01.15. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия

- а) биназальная
- б) гомонимная
- в) битемпоральная
- г) нижнеквадрантная
- д) верхнеквадрантная

01.16. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста
- в) зрительной лучистости
- г) внутренней капсулы
- д) зрительного нерва

01.17. Через верхние ножки мозжечка проходит путь

- а) задний спинно-мозжечковый
- б) передний спинно-мозжечковый
- в) лобно-мосто-мозжечковый
- г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый
- д) спинно-мозжечковый

01.18. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении

- а) обонятельного бугорка
- б) обонятельной луковицы
- в) височной доли
- г) теменной доли
- д) лобной доли

01.19. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
- в) зрительных трактов перекреста зрительных нервов
- г) зрительной лучистости с двух сторон
- д) лобной доли

01.20. Истинное недержание мочи возникает при поражении

- а) парацентральных долек передней центральной извилины
- б) шейного отдела спинного мозга
- в) поясничного утолщения спинного мозга
- г) конского хвоста спинного мозга
- д) моста мозга

01.21. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаглокализуется

- а) в верхних отделах моста мозга
- б) в нижних отделах моста мозга
- в) в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
- г) в ножках мозга
- д) в продолговатом мозге

01.22. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании

- а) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
- б) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
- в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
- г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
- д) с полиневритическими расстройствами чувствительности

01.23. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия

- а) динамическая
- б) вестибулярная
- в) статическая
- г) сенситивная
- д) лобная

01.24. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется

- а) в левом мосто-мозжечковом углу
- б) в правом полушарии мозжечка
- в) в мосту мозга слева
- г) в области верхушки пирамиды левой височной кости
- д) в ножке мозга

01.25. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага

- а) в переднем адверсивном поле справа
- б) в верхнем отделе задней центральной извилины справа
- в) в нижнем отделе передней центральной извилины справа
- г) в верхнем отделе передней центральной извилины справа
- д) в нижнем отделе задней центральной извилины справа

01.26. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла

- а) вестибулярного
- б) крылонебного
- в) коленчатого
- г) Гассерова
- д) звездчатого

01.27. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага

- а) в верхних отделах передней центральной извилины слева
- б) в нижних отделах передней центральной извилины слева
- в) в заднем роге внутренней капсулы
- г) в колоне внутренней капсулы
- д) в среднем отделе передней центральной извилины справа

01.28. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинномозговых нервов и шейных сегментов

- а) C₁-C₄
- б) C₂-C₅
- в) C₃-C₆
- г) C₄-C₇
- д) C₅-C₈

01.29. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинномозговых нервов

- а) C₅-C₈
- б) C₅-T₁
- в) C₆-C₈
- г) C₈-T₂
- д) T₁-T₃

01.30. Нервные импульсы генерируются

- а) клеточным ядром
- б) наружной мембраной
- в) аксоном
- г) нейрофиламентами
- д) дендритами

01.31. Алексия наблюдается при поражении

- а) верхней лобной извилины
- б) парагиппокампальной извилины

- в) таламуса
- г) угловой извилины
- д) моста мозга

01.32. На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра

- а) нежное и клиновидное
- б) спинно-мозгового пути тройничного нерва
- в) подъязычных нервов
- г) лицевого, отводящего нервов

01.33. В состав моста ствола мозга входят

- а) красные ядра
- б) ядра блокового нерва
- в) ядра глазодвигательного нерва
- г) ядра отводящего нерва
- д) ядра подъязычных нервов

01.34. Гемипарезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения

- а) бледного шара
- б) хвостатого ядра
- в) красного ядра
- г) таламуса
- д) черного вещества

01.35. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается

- а) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
- б) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
- в) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
- г) спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
- д) нарушением глубокой чувствительности проксимальных отделов ног и задержкой мочи

01.36. Истинный астереогноз обусловлен поражением

- а) лобной доли
- б) височной доли
- в) теменной доли
- г) затылочной доли
- д) мозжечка

01.37. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении

- а) наружных отделов зрительного перекреста
- б) язычной извилины
- в) глубинных отделов теменной доли
- г) первичных зрительных центров в таламусе
- д) зрительного нерва

01.38. Астереогноз возникает при поражении

- а) язычной извилины теменной доли
- б) верхней височной извилины
- в) нижней лобной извилины
- г) верхней теменной дольки
- д) мозжечка

01.39. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга

- а) С₃-С₄
- б) С₅-С₆
- в) С₇-С₈
- г) С₈-Т₁
- д) Т₁-Т₂

01.40. Ассоциативные волокна связывают

- а) симметричные части обоих полушарий
- б) несимметричные части обоих полушарий
- в) кору со зрительным бугром и нижележащими отделами (центробежные и центростремительные пути)
- г) различные участки коры одного и того же полушария
- д) ножки мозга

01.41. Больной со зрительной агнозией

- а) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
- б) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
- в) не видит предметы по периферии полей зрения
- г) видит предметы, но не узнает их
- д) плохо видит окружающие предметы и не узнает их

01.42. Больной с моторной афазией

- а) понимает обращенную речь, но не может говорить
- б) не понимает обращенную речь и не может говорить
- в) может говорить, но не понимает обращенную речь
- г) может говорить, но речь скандированная
- д) может говорить, но не помнит названия предметов

01.43. Больной с сенсорной афазией

- а) не может говорить и не понимает обращенную речь
- б) понимает обращенную речь, но не может говорить
- в) может говорить, но забывает названия предметов
- г) не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
- д) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

01.44. Амнестическая афазия наблюдается при поражении

- а) лобной доли
- б) теменной доли
- в) стыка лобной и теменной доли
- г) стыка височной и теменной доли
- д) затылочной доли

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

- а) ножек мозга
- б) моста мозга
- в) продолговатого мозга
- г) покрышки среднего мозга
- д) гипоталамуса

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

- а) продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
- б) продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
- в) колена внутренней капсулы слева
- г) заднего бедра внутренней капсулы слева
- д) гипоталамуса

01.47. При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится

- а) в основании ножки мозга
- б) в заднебоковом отделе продолговатого мозга
- в) в области красного ядра
- г) в основании нижней части моста мозга
- д) в гипоталамусе

01.48. Особенности нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении

- а) четверохолмия
- б) продолговатого мозга
- в) гипоталамуса
- г) спинного мозга

д) периферических нервов

01.49. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие

- а) нижнего вялого парапареза
- б) нарушения болевой чувствительности
- в) нарушения функции тазовых органов по центральному типу
- г) сенситивной атаксии нижних конечностей
- д) сохранной глубокой чувствительности

01.50. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов

- а) кортикоспинальных
- б) кортиконуклеарных
- в) лобно-мосто-мозжечковых
- г) руброспинальных
- д) спинно-мозжечковых

01.51. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении

- а) теменной доли
- б) височной доли
- в) лобной доли
- г) затылочной доли
- д) гипоталамуса

01.52. Слуховая агнозия наступает при поражении

- а) теменной доли
- б) лобной доли
- в) затылочной доли
- г) височной доли
- д) гипоталамуса

01.53. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга с уровня

- а) верхних отделов продолговатого мозга
- б) нижних отделов продолговатого мозга
- в) красных ядер
- г) моста мозга
- д) продолговатого мозга

01.54. Для альтернирующего синдрома Раймона – Сестана характерно наличие

- а) пареза взора
- б) паралича глазодвигательного нерва
- в) паралича отводящего нерва
- г) спазма мимических мышц
- д) афонии

01.55. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов

- а) лицевого и отводящего
- б) лицевого и глазодвигательного
- в) языкоглоточного нерва и блуждающего
- г) подъязычного и добавочного
- д) добавочного и блокового

01.56. Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов

- а) языкоглоточного, блуждающего, добавочного
- б) блуждающего, добавочного, подъязычного
- в) добавочного, языкоглоточного, подъязычного
- г) блуждающего, лицевого, тройничного
- д) блуждающего, глазодвигательного, отводящего

01.57. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением

- а) лобной доли
- б) височной доли

- в) теменной доли
- г) затылочной доли
- д) гипоталамуса

01.58. Конструктивная апраксия возникает при поражении

- а) лобной доли доминантного полушария
- б) лобной доли недоминантного полушария
- в) теменной доли доминантного полушария
- г) теменной доли недоминантного полушария
- д) затылочных долей

01.59. Расстройство схемы тела отмечается при поражении

- а) височной доли доминантного полушария
- б) височной доли недоминантного полушария
- в) теменной доли доминантного полушария
- г) теменной доли недоминантного полушария
- д) гипоталамуса

01.60. Сенсорная афазия возникает при поражении

- а) верхней височной извилины
- б) средней височной извилины
- в) верхнетеменной дольки
- г) нижней теменной дольки
- д) гипоталамуса

01.61. Расстройства памяти типа корсаковского синдрома возникают при поражении

- а) медио-базальных отделов височной доли
- б) верхних отделов теменной доли
- в) нижних отделов лобной доли
- г) верхних отделов затылочной доли
- д) гипоталамуса

01.62. Моторная апраксия в левой руке развивается при поражении

- а) колена мозолистого тела
- б) ствола мозолистого тела
- в) утолщения мозолистого тела
- г) лобной доли
- д) затылочной доли

01.63. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов

- а) C₅-T₁₀
- б) T₁-T₁₂
- в) C₈-L₃
- г) T₆-L₄
- д) T₈T₁₂

01.64. Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов

- а) L₄-L₅-S₁
- б) L₅-S₁-S₂
- в) S₁, -S₃
- г) S₂-S₄
- д) S₃-S₅

01.65. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов

- а) C₆-C₇
- б) C₇-C₈
- в) C₈-T₂
- г) T₁-T₃
- д) T₃ T₄

02.1. Передача нервного импульса происходит

- а) в синапсах
- б) в митохондриях
- в) в лизосомах
- г) в цитоплазме
- д) в аксонах

02.2. Спинной мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка

- а) XII грудного
- б) I поясничного
- в) II поясничного
- г) III поясничного
- д) IV поясничного

02.3. Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте

- а) до 2 месяцев
- б) до 3 месяцев
- в) до 4 месяцев
- г) до 1 года
- д) до полутора лет

02.4. Хватательный рефлекс физиологичен у детей в возрасте

- а) до 1-2 месяцев
- б) до 3-4 месяцев
- в) до 5-6 месяцев
- г) до 7-8 месяцев
- д) до года

02.5. Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей

- а) при стафилококковой инфекции
- б) школьного возраста
- в) при иммунодефиците
- г) с ликвореей
- д) с аллергией

02.6. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются

- а) в стволе мозга
- б) в затылочной доле
- в) в лобной доле
- г) в височной доле
- д) теменной доле

02.7. Индометацин не рекомендуется назначать детям

- а) до 5 лет
- б) до 7 лет
- в) до 10 лет
- г) до 12 лет
- д) до 15 лет

02.8. При неральной амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают

- а) только вялые парезы ног
- б) только вялые парезы рук
- в) вялые парезы рук и ног
- г) только парезы мышц туловища
- д) парез мышц рук, ног и туловища

02.9. Продолжительность диетолечения больного с фенилкетонурией составляет

- а) от 2 до 6 месяцев
- б) от 2 месяцев до 1 года
- в) от 2 месяцев до 3 лет
- г) от 2 месяцев до 5-6 лет
- д) всю жизнь

02.10. Сочетание грубой задержки психомоторного развития с гиперкинезами, судорожным синдромом и атрофией зрительных нервов у детей до 2 лет характерно

- а) для болезни с нарушением аминокислотного обмена
- б) для болезни углеводного обмена
- в) для мукополисахаридоза
- г) для липидозов
- д) для лейкодистрофии

02.11. Синдром Марфана характеризуется

- а) арахнодактилией
- б) пороками сердца
- в) подвывихами хрусталика
- г) всеми перечисленными симптомами
- д) ничем из перечисленного

02.12. Появление одышки у детей при приеме диакарба свидетельствует

- а) о метаболическом алкалозе
- б) о метаболическом ацидозе
- в) о нарушении церебральной гемодинамики
- г) об обезвоживании
- д) о поражении дыхательного центра

02.13. Клинические проявления травматического субарахноидального кровоизлияния обычно развиваются у детей

- а) подостро
- б) после «светлого» промежутка
- в) волнообразно
- г) остро
- д) начальный период асимптомен

02.14. Противопоказанием к санаторно-курортному лечению детей после травмы спинного мозга являются

- а) парезы и параличи
- б) чувствительные нарушения
- в) нарушения мочеиспускания и пролежни
- г) деформация позвоночника
- д) мышечные спазмы

02.15. Повторные субарахноидальные кровоизлияния у детей возникают

- а) при мальформации
- б) при ревматическом пороке сердца
- в) при ликворной гипертензии
- г) при опухоли глубоинной локализации
- д) при артериальной гипотензии

03.1. Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается

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

03.2. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы

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

03.3. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается

- а) в 10 раз

- б) в 6 раз
- в) в 4 раза
- г) в 2 раза
- д) в 1,5 раза

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

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

03.5. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении

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

03.6. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже

- а) папулезной сыпи
- б) телеангиэктазий
- в) «кофейных» пятен
- г) витилиго
- д) розеолезной сыпи

03.7. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком

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

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

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

03.9. Для выявления амнестической афазии следует

- а) проверить устный счет
- б) предложить больному назвать окружающие предметы
- в) предложить больному прочитать текст
- г) убедиться в понимании больным обращенной речи
- д) выполнить действия по подражанию

03.10. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному

- а) поднять руку
- б) коснуться правой рукой левого уха
- в) сложить заданную фигуру из спичек
- г) выполнить различные движения по подражанию
- д) проверить устный счет

03.11. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному

- а) коснуться пальцем кончика носа
- б) осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук
- в) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками
- г) стоя, отклониться назад
- д) сделать несколько шагов с закрытыми глазами

03.12. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано

- а) при остром нарушении мозгового кровообращения
- б) при внутричерепной гипертензии
- в) при коматозном состоянии
- г) при перфорации барабанной перепонки
- д) при всем перечисленном

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

- а) с фуникулярным миелозом
- б) с дистальной моторной диабетической полинейропатией
- в) с невралгической амиотрофией Шарко – Мари
- г) с прогрессирующей мышечной дистрофией
- д) с мозжечковой миоклонической диссинергией Ханта

03.14. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальценосовой пробы характерно

- а) для статико-локомоторной атаксии
- б) для динамической атаксии
- в) для лобной атаксии
- г) для сенситивной атаксии
- д) для всех форм атаксии

03.15. Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного

- а) осуществить фланговую походку
- б) стать в позу Ромберга с закрытыми глазами
- в) стоя, отклониться назад
- г) пройти с закрытыми глазами
- д) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками

03.16. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта («отрубленная» пирамида) является характерным рентгенологическим признаком

- а) невриномы слухового нерва
- б) невриномы тройничного нерва
- в) холестеатомы мостомозжечкового угла
- г) всех перечисленных новообразований
- д) менингиомы

03.17. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны

- а) для полиневропатии Гийена – Баре
- б) для болезни (синдрома) Рейно
- в) для синдрома Толоза – Ханта
- г) для гранулематоза Вегенера
- д) спинной сухотки

03.18. Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского

- а) сгибают голову больного вперед
- б) надавливают на область лонного сочленения
- в) выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного
- г) сдавливают четырехглавую мышцу бедра
- д) сдавливают икроножные мышцы

03.19. При МРТ диагностики рассеянного склероза следует учитывать, что нехарактерной локализацией бляшек является

- а) перивентрикулярное белое вещество
- б) субкортикальное белое вещество
- в) мост мозга
- г) мозжечок
- д) спинной мозг

03.20. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба

- а) Ашнера (глазосердечный рефлекс)
- б) клиностагическая
- в) ортостагическая
- г) шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)

д) все указанные пробы

Для промежуточного контроля усвоения знаний по разделу «Топическая диагностика заболеваний нервной системы» задачи по топике 14 вариантов по 5 задач¹

1. У больного имеется центральный паралич правой руки и моторная афазия. Где локализуется очаг поражения?

2. При осмотре выявлена атрофия правой половины языка и фибриллярные подергивания, при высовывании язык отклоняется вправо. Определить очаг поражения?

1 Протокол №6 дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности «31.08.42. Неврология» от 14 мая 2019г на 2019 - 2020 учебный год

3. Больной при ходьбе отклоняется влево. Имеется гипотония в левых конечностях, интенционный тремор слева, горизонтальный нистагм. Определить очаг поражения?

4. У больного периодически возникают подергивания правой руки и мышц половины лица справа, не сопровождающиеся потерей сознания (длится 1,5 - 2 минуты). Определить локализацию очага поражения. Как называется эти подергивания?

5. У больного имеется центральный парез ног без чувствительных расстройств. Средние и нижние брюшные рефлексы не вызываются, верхние брюшные рефлексы живые, одинаковые с обеих сторон. Определить очаг поражения?

ВАРИАНТ № 3

1. У ребенка наблюдаются быстрые, аритмичные, произвольные движения конечностей и туловища. Он гримасничает, причмокивает, часто высовывает язык. Тонус мышц конечностей снижен. Где находится очаг поражения? Как называется приведенный синдром?

2. У больного анестезия кожи в области лба, передней волосистой части головы и верхней части носа слева. Слева отсутствуют роговичный и конъюнктивальный рефлексы. Где очаг поражения?

3. У больного справа отмечается центральный парез ноги, выпадение глубокой чувствительности в пальцах стопы, снижение тактильной чувствительности с уровня Д5, слева отсутствует болевая и температурная чувствительность по проводниковому типу с уровня Д7. Где очаг поражения? Как называется приведенный синдром?

4. У больного имеется слева гемианестезия, гемиатаксия и гемианопсия. Где локализуется очаг поражения?

5. Больной разучился одеваться, не может пользоваться чашкой, ложкой. Его одевают, кормят. Где находится очаг поражения? Как называются описанные расстройства?

ВАРИАНТ № 2

1. У больного отмечается диплопия, частичный птоз и расширение зрачка справа. Правое глазное яблоко отведено кнаружи. Ограничены его движения внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения в левых конечностях. Мышечный тонус в них повышен. Рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается рефлекс Бабинского слева. Где локализуется очаг поражения?

2. У больного наблюдается дизартрия, дисфагия, дисфония, атрофии языка нет, имеются выраженные симптомы орального автоматизма, временами наступает насильственный смех или плач. Определить очаг поражения? Как называется описанный синдром?

3. У больного отмечается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Сила рук и ног сохранена. Самостоятельно ходить и стоять не может, падает в разные стороны. Снижен тонус мышц всех конечностей. Чувствительность не нарушена. Где локализуется очаг поражения?

4. У больного отмечается постоянное недержание мочи, газов, нарушены все виды чувствительности в ано – генитальной области. Отсутствует анальный рефлекс. Определить очаг поражения

5. Больной не распознает предметы, помещенные в его левую руку. Все элементарные виды чувствительности сохранены. Где локализуется очаг поражения?

ВАРИАНТ № 4

1. У больного сглажена левая носогубная складка, левый угол рта опущен, язык отклоняется влево. Атрофии и фибриллярных подергиваний языка нет. Где локализуется очаг поражения?

2. У больного определяется битемпоральная гемианопсия, на глазном дне картина первичной атрофии зрительных нервов. Где находится очаг поражения?

3. У больного справа отмечается паралич мимических мышц всей половины лица, слева спастический парез в руке и ноге. Где локализуется очаг поражения?

4. У больного имеется тетрапарез, в руках по периферическому типу, в ногах по центральному типу, а также отмечается выпадение всех видов чувствительности с уровня С5 и задержка мочеиспускания. Определить очаг поражения?

5. У больного имеется центральный парез мышц стопы и голени справа, иногда в них возникают тонико-клонические судороги продолжительностью 1–2 минуты. Где локализуется очаг поражения? Как называется описанный синдром?

ВАРИАНТ № 6

1. У больного имеется левосторонняя спастическая гемиплегия. Поражение лицевого и подъязычного нерва слева по центральному типу. Где локализуется очаг поражения?

2. Речь больного глухая, неясная, смазанная, с гнусавым оттенком. Отвечает на вопросы письменно, Жидкая пища и питье вызывают кашель и поперхивания. Движение языка резко ограничены, наблюдаются атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Мягкое небо не подвижно. Глоточный рефлекс и рефлексы с мягкого неба отсутствуют. Где локализуется очаг поражения? Как называется описанный синдром?

3. У больного выявлена левосторонняя верхнеквадратная гемианопсия. Где локализуется очаг поражения?

4. У больного имеется спастическая параплегия нижних конечностей, нарушение глубокой чувствительности в них и нарушение поверхностной чувствительности с Дб по проводниковому типу. Где локализуется процесс?

5. У больного имеются судорожные припадки, начинающиеся с поворота головы и глаз влево. Выражен хватательный рефлекс, снижение обоняния справа, эйфория, снижение критики. Походка неустойчивая. Где локализуется очаг поражения?

ВАРИАНТ № 5

1. У больного имеется правостороннее поражение отводящего нерва и лицевого нерва по периферическому типу. Левосторонняя центральная гемиплегия. Где локализуется очаг поражения?

2. У больного справа имеется птоз века, глаз расположен по средней линии, зрачок расширен, движения глазного яблока отсутствуют, боль в глазнице, снижены все виды чувствительности в области лба и передней

волосистой части головы. Корнеальный рефлекс справа отсутствует.
локализуется очаг поражения?

Где

3. У больного имеется правосторонняя гемиплегия, гемианестезия и гемианопсия.
Где локализуется очаг поражения?

4. У больного отмечаются боли в дистальных отделах рук и ног, чувство онемения в них, утрата всех видов чувствительности на руках в виде «перчаток», на ногах - в виде «носков», выпадение на руках карпорадиальных, на ногах – ахилловых и подошвенных рефлексов. При стоянии и ходьбе с закрытыми глазами наблюдается неустойчивость. Определить очаг поражения? Как называется описанный тип расстройств чувствительности?

5. Больной при сохранности двигательных функций из-за неустойчивости не может стоять и ходить, эйфоричен, слева сглажена носогубная складка, тонус слева в руке и ноге повышен, справа аносмия.
Где локализуется очаг поражения?

ВАРИАНТ № 7

1. У больного наблюдаются приступы, начинающиеся с неприятного ощущения в левой ноге.
Где локализуется поражение? Как называется описанный синдром?

2. У больного голова свисает на грудь («свислая» голова), повороты ее в сторону не возможны. Плечи опущены резко затруднено пожатие плечами и поднимание рук выше горизонтального уровня. «Крыловидные» лопатки. Наблюдается атрофия грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц. Где локализуется очаг поражения?

3. У больного имеется атрофия правой половины языка, язык высовывании отклоняется вправо, паралич верхней и нижней конечности слева. Сухожильные рефлексы слева повышены. Расстройств чувствительности нет. Где локализуется очаг поражения?

4. У больного миоз, энтофтальм и сужение глазной щели слева, слева определяется вялый парез руки.
Где локализуется процесс?

5. Больной не понимает обращенную к нему речь, иногда вместо слов произносит бессмысленные сочетания букв. Где локализуется очаг поражения?

ВАРИАНТ № 8

1. У больного имеется вялый парез рук, в мышцах рук, плечевого пояса отмечаются фибриллярные подергивания. Других нарушений нет. Где локализуется очаг поражения?

2. У больного имеется глухота на правое ухо, правостороннее периферическое поражение лицевого

нерва, отсутствует корнеальный рефлекс справа.
поражения?

Где локализуется очаг

3. У больного имеется атетоз в обеих руках, насильственные мимические движения, затруднение жевания и глотания вследствие временных спазмов.
очаг поражения? Где локализуется

4. У больного имеется двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко отклонено кнутри, объем движений левого полный. Имеется поражение правого лицевого нерва по периферическому типу. В левых конечностях ослаблена мышечная сила, сухожильные рефлексы в них повышены.
Где локализуется очаг поражения?

5. Больной при сохранности мышечной силы и координации движений не может завязывать шнурки, застегнуть пуговицу, зажечь спичку.
поражения? Определить очаг

ВАРИАНТ № 9

1. У больного отсутствуют активные движения в ногах. Тонус высокий. Коленный и ахиллов рефлексы повышены, клонусы наколенников и стоп. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Россоломо с обеих сторон. Утрачены все виды чувствительности книзу от паховых складок (по проводниковому типу). Отмечена задержка мочи и стула.
поражения? Где локализуется очаг

2. У больного имеется правосторонняя гемианопсия, при освещении щелевой лампой левых половин сетчаток реакции зрачков на свет нет. На глазном дне – первичная атрофия зрительных нервов.
локализуется очаг поражения? Где

3. У больного имеется замедленность всех движений в правой руке, определяется феномен зубчатого колеса, временами легкое дрожание в виде счета монет.
очаг поражения? Где локализуется

4. У больного отмечена левосторонняя гемианестезия, гемианопсия, гемиальгия. Боль в левой половине тела мучительная, плохо локализуется, не купируется анальгетиками.
очаг поражения? Где локализуется

5. Перед общим эпилептическим припадком у больного появляется кратковременное ощущение неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц.
поражения? Как называются эти ощущение? Где локализуется очаг

ВАРИАНТ № 10

1. У больного отмечается расстройство мышечно-суставной чувствительности в пальцах правой

кисти, снижение тактильной чувствительности на правой руке, нарушения болевой и температурной чувствительности нет. Где локализуется очаг поражения?

2. У больного при открывании рта нижняя челюсть смещается вправо, объем и скорость движений ее влево снижены. Справа определяется снижение болевой, температурной и тактильной чувствительности кожи нижней губы, нижней части щеки, подбородка, задней части боковой поверхности лица, слизистой дна ротовой полости, языка, десен нижней челюсти. Определить очаг поражения?

3. У больного язык внешне не изменен, при высовывании отклоняется вправо. Где локализуется очаг поражения?

4. У больного обнаруживается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны, Походка шаткая («пьяная»). Шатание усиливается при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга падает в правую сторону. Отмечаются промахивание и интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной пробы справа. Мегалография. Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Сустановно-мышечное чувство сохранено. Где очаг поражения?

5. Общий судорожный припадок у больного начинается с поворота головы и глаз вправо. Где очаг поражения? Как называется область поражения?

ВАРИАНТ № 12

1. У больного имеется спастическая параплегия нижних конечностей утрата всех видов чувствительности с верхней границей на уровне Д3, задержка мочеиспускания и дефекации. Где локализуется очаг поражения?

2. У больного справа паралич мимических мышц всей половины лица, надбровный рефлекс отсутствует, нарушены вкусовая чувствительность на передних 2/3 языка, а также справа. Справа наблюдается избыточное слезотечение. Гиперкузии нет. Определить очаг и уровень поражения.

3. Больной ходит мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги полусогнуты. Лицо маскообразное. Трemor пальцев рук типа «счета монет». Тонус мышц конечностей повышен диффузно, определяется симптом «зубчатого колеса». Где локализуется очаг поражения?

4. У больного отмечены сужения глазной щели (птоз) и зрачка (миоз). Западение глазного яблока слева (энофтальм). Где очаг поражения?

5. У больного отмечены астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Больной правша. Где очаг поражения?

ВАРИАНТ № 11

1. У больного при сжатии кисти в кулак 1 и 2 пальцы не сгибаются, оппозиция большого пальца невозможна: определяется атрофия мышц в области возвышения большого пальца, снижение

чувствительности на ладонной поверхности первых трех пальцев. Где локализуется очаг поражения?

2. У больного птоз справа, появлению которого предшествовало диплопия. После пассивного поднятия века обнаружен мидриаз, отсутствие зрачка на свет и аккомодацию. Глазное яблоко отведено кнаружи (расходящееся косоглазие). Отсутствуют движения глазного яблока внутрь и вверх. Где очаг поражения?

3. У больного имеется левосторонняя гемианопсия, при освещении щелевой лампой правых половин сетчатки реакция на свет живая. Глазное дно в норме. Где локализуется очаг поражения?

4. У больного тотальная анестезия сегментарного типа от соковой линии до пупка. Где локализуется очаг поражения?

5. Родственники заметили что, выйдя из комнаты в коридор, больная не знает, как возвратиться обратно, разучилась надевать платье, обувь, пользоваться ложкой, чашкой. Больную приходится кормить. Парезов нет. Больная правша. Где локализуется очаг поражения? Как называются указанные нарушения?

ВАРИАНТ № 13

1. Больной поступил в клинику со следующими явлениями: слева гемиплегия с гипертонией, гиперрефлексией, патологическими рефлексиями. Левая носогубная складка сглажена. Центральный парез мышц половины языка. Где очаг поражения?

2. У больного имеется диссоциированная анестезия: на правой половине лица выпала болевая и температурная чувствительность. Где очаг поражения?

3. У 10-летнего ребенка появились непроизвольные сокращения мышц конечностей, лица и туловища. Насильственные движения возникают в различных частях тела, как в покое, так и при произвольных движениях. Больной то зажмурит глаза, то высунет язык, гримасничает, то закинет руку, то ногу. Мышечный тонус снижен. Где локализуется очаг поражения? Как называется синдром?

4. У больного слева отсутствует разгибание пальцев и кисти, отведение большого пальца. Мышечный тонус в разгибателях кисти снижен, анестезия на тыле большого пальца. Сухожильные рефлексы на руках умеренной живости, равномерны. Определить очаг поражения?

5. У больного слева выявляется периферический паралич лицевого нерва. Объем, сила и скорость движений в правых конечностях резко снижены. Отмечается справа повышение мышечного тонуса, гиперрефлексия с расширением рефлексогенных зон, патологические рефлексы. Где очаг поражения? Как называются такие синдромы?

ВАРИАНТ № 14

1. У больного левосторонняя моноплегия руки. Мышечный тонус в ней резко снижен. Арефлексия и

атрофия мышц слева. В руке утрачены все виды чувствительности, отмечается выраженный болевой синдром. Где локализуется очаг поражения?

2. У больного справа обнаружен паралич всех мимических мышц: резко опущен угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, при наморщивании лба складки справа не образуются. Слезотечение из правого глаза. Гиперкузия. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка правой половины языка. Где очаг поражения?

3. У больного имеется периферический паралич ног с тотальной анестезией по проводниковому типу. Задержка мочеиспускания и дефекации. Где очаг поражения?

4. Больного беспокоит затруднение при ходьбе. Объективно: гипонимия, замедленность темпа произвольных движений, походка мелкими шаркающими шагами, пропульсии при ходьбе. Мышечный тонус повышен по пластическому типу. Где очаг поражения? Как называется синдром?

5. У больного имеется нарушения глотания, фонации и артикуляции. Язык атрофичен, в нем видны фибриллярные подергивания. Где локализуется очаг поражения? Как называется синдром?

Типовые ситуационные задачи, выносимые на III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.42. Неврология.¹

Задача № 1.

К врачу обратилась молодая девушка 20 лет с жалобами на нарастающую слабость в проксимальных отделах верхних конечностей в течение последних 6 месяцев. При осмотре: гипотрофия плечевого пояса и проксимальных отделов верхних конечностей, снижена скорость выполнения активных движений в проксимальных отделах рук, мышечная сила в них 4-х б., гипотония и гипорефлексия верхних конечностей. Крыловидные лопатки, губы «тапира», полированный лоб, «улыбка Джоконды». Бабушка пациентки страдала неизвестным наследственным заболеванием.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какой тип наследования данного заболевания

- 3) Какие методы необходимо провести для верификации диагноза
- 4) Прогноз течения заболевания и лечение.
- 5) Реабилитация и диспансерное наблюдение у невролога.

¹ ПРОТОКОЛ №6 от 20 мая 2021г дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности «31.08.42. Неврология» на 2021 - 2022 учебный год

Задача №2.

Больная М., 18 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость в ногах. Стало трудно подниматься по лестнице, вставать со стула, с пола. Из анамнеза выяснилось, что болезнь развивается медленно, постепенно без видимой причины. С 10-12 летнего возраста начала отставать от сверстников на уроках физкультуры, особенно при беге, с 14 лет бегать совсем не может. К 16 годам стало трудно подниматься по лестнице и по ступенькам в транспорте. Каких-либо инфекционных заболеваний или травм не было. При исследовании в клинике патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

В неврологическом статусе: общемозговых, менингеальных симптомов не отмечено. Имеется парез проксимальных отделов рук и ног. Атрофия мышц плечевого пояса с 2-х сторон, крыловидные лопатки». Тонус мышц рук понижен, сухожильные рефлексы сохранены. В ногах также отмечена гипотония мышц, гипотрофия, больше выраженная в проксимальных отделах. Сухожильные рефлексы: коленные – отсутствуют, ахилловы – снижены. Чувствительных нарушений не выявлено, координация не страдает. При вставании с пола нужен упор, «карабкается по себе». Тазовые функции не нарушены. Родители здоровы, старший брат больной также ходит с трудом из-за слабости ног.

Клинический анализ крови и мочи без патологии. Глазное дно: не изменено. Рентгенография легких: без особенностей. Прозериновый тест «отрицательный». ЭНМГ: снижение биопотенциалов в мышцах проксимальных отделов рук и ног и дистальных отделов ног. ЭЭГ без патологии.

Вопросы

1. Топический диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Клинический диагноз, код по МКБ-10?
4. С какими болезнями надо проводить дифференциальный диагноз?
5. Основные принципы лечения.
6. Дайте прогноз жизни, трудовой деятельности.
7. По какому типу наследуется данное заболевание?
8. Будет ли болен ребенок у данной больной, если она захочет стать матерью?

Задача № 3.

Больной 53 лет в находясь в деревне во время физической нагрузки внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отмечает нарушение мочеиспускания. При осмотре: вялый асимметричный нижний парапарез, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

1. Топический диагноз?
2. Предварительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
3. Обследование?

4. Тактика ведения больного?

Задача № 4.

Больной Р., 38 лет. По профессии - водитель автомобиля. В течение 5 лет периодически после физической нагрузки ощущал кратковременные боли в пояснице, которые проходили после отдыха и местноанестезирующих мазевых растираний. Накануне обращения поднял груз. Возникла резкая боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу, не мог «разогнуться».

Неврологически: напряжение мышц поясничной области. Сколиоз. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены из-за боли. Болезненность при пальпации паравертебральных точек L4- L5- S1 справа. Ахиллов рефлекс справа снижен. Выявляется снижение болевой чувствительности по наружной поверхности правой голени. Положителен симптом Ласега справа под углом 30 градусов.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

Задача № 5.

Пациент 32 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре: походка анталгическая, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5–S1 слева, положительный симптом Ласега 45 градусов слева, ахиллов рефлекс слева отсутствует, гипестезия по наружному краю голени слева.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Задача №6.

Пациент 45 лет, ювелир, после нескольких часов работы без перерыва возникла боль, распространяющаяся от шеи и лопатки по задненаружной поверхности правого плеча и дорсальной поверхности предплечья ко II и III пальцам. В анамнезе имели место боли в шейном отделе позвоночника, которые облегчались приемом НПВС. При вертеброневрологическом осмотре выявлено ограничение движений в шее, больше ограничен поворот и наклон головы вправо, гипестезия в области II-III пальцев правой кисти, снижение рефлекса с сухожилия трехглавой мышцы справа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Задача № 7.

Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные пульсирующие боли в правой половине головы, возникающие после переутомлений и эмоционального напряжения. Страдает головными болями с 13

лет. Подобными головными болями страдают мать и две родные тети. Боли иррадируют в правый глаз и верхнюю челюсть. На высоте головной боли, отмечается тошнота иногда рвота. Приступ длится несколько часов. Проходит после длительного сна или инъекций анальгетиков. Приступы повторяются - 1-2 раза в месяц. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Назначьте лечение в период приступа головной боли.
5. Есть ли необходимость в проведении превентивной терапии? Ваши рекомендации по лечению в межприступный период.

Задача № 8.

Молодая женщина, 25 лет, вышла на работу через год после рождения ребенка, отдав его в ясли. Половину дня работает вне дома и частично берет работу на дом, занимается компьютерной графикой. В течение последних месяцев стала беспокоить периодическая головная боль, стягивающего характера, двухсторонняя, средней или легкой интенсивности, за это время было около 10 таких эпизодов. Продолжается головная боль в течение целого дня, обычно не мешает выполнять домашнюю работу и не нарушает сон. За этот период времени характер головных болей никак не изменился, тошноты и рвоты не бывает. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено, при пальпации перикраниальных мышц определяется умеренная болезненность.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Предложите план обследования больной.

4. Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

Задача № 9.

Мужчина 38 лет обратился к врачу в связи с возникновением у него (второй раз в жизни) приступов головной боли, в области левого глаза, очень сильных, нестерпимых, сопровождающихся покраснением глаза, слезотечением, заложенностью левой половины носа, продолжительностью около 1 часа, возникают до 3-4 раз в день, а также каждую ночь, в одно и тоже время. В первый раз подобные приступы (2 года назад) продолжались 2 недели, затем внезапно прекратились.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Предложите план обследования больного.

4. Назначьте лечение.

Задача № 10.

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкокоразмашистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам, сухость и шелушение кожи. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная,

монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба.

1. Поставьте топический диагноз , определите уровень поражения.
2. Ведущий неврологический синдром.
3. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
4. Предложите план обследования больного.
5. Назначьте лечение.

Задача № 11.

К врачу обратился мужчина 45 лет с жалобами на насильственные непроизвольные движения в конечностях, лице, туловище, ухудшение памяти, внимания, изменение походки. Данные жалобы беспокоят последние 7 месяцев, к врачам не обращался. В неврологическом статусе: хореический гиперкинез, сухожильные рефлексы оживлены D=S с верхних и нижних конечностей, патологических рефлексов нет, походка «танцующая», легкое снижение когнитивных функций. Отец имел подобные симптомы, умер от пневмонии в психиатрической клинике в 56 лет.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какие методы для верификации диагноза необходимы
- 3) Прогноз течения заболевания и возможное лечение.

Задача № 12.

Мужчина 58 лет, работает инженером, диагностирована болезнь Паркинсона 5 лет назад, в течение этого времени принимал леводопу/карбидопу 250/25 мг 3 раза в сутки, на фоне данной терапии мужчина продолжал работать, вести активный образ жизни. 5 месяцев назад стал отмечать усиление скованности и замедленности движений в утренние часы, данные симптомы стали нарастать через 1-1,5 часа после приёма леводопы/карбидопы, которые проходили после приёма очередной дозы препарата, а также появились периоды непредсказуемых застываний, в результате которых было несколько эпизодов падений. Для сохранения активного состояния в рабочее время пациент самостоятельно постепенно нарастил частоту приёма леводопы до 6 таблеток в день одновременно увеличив утреннюю и дневную дозу леводопы до 2 таблеток на приём. В настоящее время у больного участились эпизоды застываний с болезненным спазмом мышц. После приёма очередной дозы леводопы через 30 минут появляются неконтролируемые движения в туловище и конечностях, сменяющиеся через 1,5 часа скованностью и замедленностью. Ввиду ухудшения состояния пациенту пришлось оставить работу, затруднено выполнение домашних дел, самообслуживание сохранено.

1. Ведущий неврологический синдром.
2. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
3. Какие типы осложнений имеются у пациента?
4. Предложите варианты медикаментозной коррекции терапии.
5. Возможно ли у данного пациента хирургическое лечение?

Задача № 13.

Больной П., 32 лет обратился к неврологу с жалобами на слабость в правой стопе, затруднения при ходьбе из-за слабости. Из анамнеза известно, что заболел остро,

вышеперечисленные жалобы появились утром после сна. Пациент работает плиточником, накануне вечером длительно работал в вынужденной позе (на корточках). При осмотре: шаг справа при ходьбе, ограничение тыльного сгибания правой стопы, невозможность становиться и ходить на пятках, снижение мышечной силы разгибателей правой стопы до 3 баллов, ахиллов и коленный рефлексы справа сохранены.

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
4. Предложите план лечения.

Задача № 14.

На приеме молодой человек лет с жалобами на слабость, чувство онемения в области IV и V пальцев правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появились несколько дней назад, мальчик по долгу делает уроки и любит сидеть за письменным столом с опорой локтями о стол.

Объективно: Сила правой руки снижена, не может отвести 4-5 пальцы в сторону. Снижены трицепсальный и карпорадиальный рефлексы справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «когтистой лапы».

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные причины данного заболевания.
4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.

Задача № 15.

Женщина 62 лет обратилась с жалобами на онемение стоп и слабость в ногах, ощущение покалывания, боль, жжение в стопах, которое усиливается в покое (ночью). При осмотре: сухость, шелушение кожи стоп. В неврологическом статусе: гипестезия по типу «носков», снижение ахиллова рефлекса и снижение вибрационной чувствительности на больших пальцах стоп. Пять лет назад у пациентки выявлен сахарный диабет II типа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данной больной?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Задача № 16.

На приеме молодой человек 23 лет с жалобами на слабость и чувство онемения в правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появились сегодня утром, любит спать на боку подложив кисть руки под щеку. Накануне принимал алкоголь.

Объективно: Сила правой руки снижена, не может разогнуть кисть и 2-5 пальцы, отвести большой палец. Снижены трицепитальный и карпорадиальный рефлекс справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «свисающая кисть» и зашифруйте по МКБ-10

1. Поставить клинический диагноз .
2. Обоснование клинического диагноза.

3. Назовите причины неврита лучевого нерва.
4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.
5. Какие физиотерапевтические процедуры необходимо назначить для лечения больного с данным заболеванием?

Задача № 17.

Больная Ж., 45 лет, заболела остро, 3 дня назад. После переохлаждения, ве-чером, почувствовала боли в заушной области. Утром развилась асимметрия лица.

Неврологически: лицо асимметрично. Слева не может наморщить лоб, нахмурить брови. Глазная щель справа полностью не смыкается. Положитель-лен симптом Белла. Слезотечение из левого глаза. Грубая сглаженность ле-вой носогубной складки. Движения угла рта слева резко ограничены. Нарушений вкуса, гиперacusии нет.

1. Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

Задача № 18.

Больная Т., 35 лет, жалуется на жгучие боли в правой половине лица, преимущественно в области верхней и нижней челюсти. Боли носят приступообразный характер длятся 1-3 сек. Приступы болей возникают при жевании, разговоре, умывании, прикосновении к лицу, чистке зубов. Впервые боли появились 3 месяца назад после перенесенного гриппа. В неврологическом статусе: болезненность в точках выхода II и III ветвей правого тройничного нерва. Курковая

зона около крыла носа справа и на слизистой полости рта справа

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10.
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Определите план лечения.

Задача № 19.

Больной В., 72 лет, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правых конечностях и затруднение речи – произносил отдельные слова. Доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой недовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 180/100 мм рт.ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки одинаковые. Правый угол рта опущен. Положителен хоботковый рефлекс.левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Движения правой ноги ограничены. Сухожильные рефлексывсправа снижены. Справа положителен рефлекс Бабинского. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте топический зашифруйте по МКБ-10 и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.

5. Укажите принципы терапии.

Задача № 20.

Больной Е., 52 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. 20 минут назад внезапно потерял сознание, упал на улице. Наблюдалась многократная рвота.

При осмотре: сознание утрачено, больной повышенного питания, лицо гиперемировано. Пульс ритмичный 64 удара в мин. Акцент второго тона на аорте, АД 200/120 мм рт.ст. Дыхание шумное, ритмичное 32 в мин. Зрачки расширены, левый больше правого, на свет не реагируют. Глаза повернуты влево. «Парусит» правая щека. На болевые раздражения больной не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них снижен. Сухожильные рефлексы справа отсутствуют. Рефлекс Бабинского с обеих сторон, ярче справа.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы .
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Задача № 21.

Больной 60 лет, грузчик. При подъеме тяжести почувствовал сильную головную

боль и шум в ушах, затем появилась рвота. Потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику.

Объективно: Больной возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается встать, несмотря на запреты. Тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт.ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Парезов конечностей нет. Общая гиперестезия. Определяется ригидность мышц затылка 4 см и симптом Кернига с обеих сторон. Отмечалась рвота 2 раза.

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, соски зрительных нервов отечны, границы их нечетки.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Задача № 22.

Больной 63 лет. Утром после сна, почувствовал головокружение и слабость левой руки и ноги. Слабость прогрессировала, и в течение трех часов развился паралич левых конечностей, а также стал плохо видеть правым глазом.

Объективно: АД 110/70 мм рт.ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой сонной артерии.

Офтальмолог: острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,05. Поля зрения левого глаза

сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты.

Сглажена левая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется влево. Отсутствуют активные движения в левых конечностях, тонус мышц в них повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени. Сухожильные и надкостничный рефлекс слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется левосторонняя гемианестезия.

Анализ крови: СОЭ – 10 мм/час, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 113%.

ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, больше в правом полушарии.

При каротидной ангиографии обнаружена закупорка правой сонной артерии на 3см выше разделения общей сонной артерии на её основные ветви.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Задача № 23.

Больная 40 лет страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала. Вызвана КСП.

В приемном отделении: Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. Зрачки расширены. Реакция зрачков на свет отсутствует. Маятникообразное,

медленное движение глаз в горизонтальном направлении — «плавающие глаза». На уколы лица не реагирует. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа — ослаблен, опущен левый угол рта Симптом «паруса» левой щеки. Из правого угла рта выделяется пенная слюна. Руки приведены к туловищу, кисти согнуты и пронированы, пальцы собраны в кулаки. Ноги вытянуты, повышение мышечного тонуса в разгибателях. Периодически отмечаются приступы сильнейшего тонического спазма мышц, преимущественно в проксимальных отделах конечностей по 20-30с, затем тонус снижается. Это сопровождается общим беспокойством, учащением пульса и дыхания, иногда на высоте приступа наблюдаются круговые движения глазных яблок. Ригидности мышц затылка нет. На уколы туловища не реагирует. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон. Во время осмотра была рвота. Пульс 106, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД— 230/120. Температура 37,5° Лейкоцитоз 8600*10⁹. Дыхание Чейн-Стокса.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Задача № 24.

Студент колледжа почувствовал недомогание. Температура быстро достигла 39 °С, появилась тошнота, рвота, стал вялым, сонливым. Через несколько часов у юноши нарушилось сознание, после чего родители вызвали КСМП. При осмотре: АД 140/90 мм. рт.ст., пульс 98 уд/мин., мелкоочечную сыпь в области подколенных ямок, локтевых суставов, ягодиц. В неврологическом статусе: положительные

симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний), ригидность затылочных мышц. Была выполнена любмальная пункция. В ликворе: давление 300 мм. водного ст., мутная, желтоватого цвета, нейтрофильный плеоцитоз- 1500 в 1 мм³, Гр-отриц диплококки.

- 1) Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какие дополнительные методы обследования могут быть использованы для верификации диагноза?
- 3) Составьте план лечения
- 4) Форма курации больного после перенесенной инфекции, продолжительность и кратность наблюдения.
- 5) Противоэпидемические мероприятия в очаге

Задача № 25.

На приеме молодой человек 20 лет, с жалобами на боли, чувство ползания мурашек, покалывание и онемение в области поясницы и по задней поверхности обеих ног. Из анамнеза: 14 дней назад в парке укусил клещ, удалил его самостоятельно, к врачам не обращался.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, во времени и пространстве ориентирован. Глазные щели S=D, реакция на свет зрачков живая. Снижена сила мышц в дистальных отделах ног до 4-4,5 баллов. Гипотония мышц в дистальных отделах ног и снижение сухожильных рефлексов с ахиллова сухожилия S=D. Положительные симптомы Ласега и Вассермана. В нижних конечностях – расстройство чувствительности по полиневритическому типу.

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Обоснование клинического диагноза.

3. Какие клинические анализы необходимо провести для подтверждения данного диагноза?
4. Принципы этиотропной терапии при клещевом энцефалите и прогноз в данном случае.
5. Основные средства специфической профилактики КВЭ.

Задача № 26.

Больной 32 лет, художник. Обратился к врачу с жалобами на онемение ладоней и стоп, ощущения ползания мурашек в них. Около месяца назад приехал домой после длительного пребывания за рубежом. Последнее время стал часто болеть инфекционными заболеваниями. Со слов больного перед приездом домой болел воспалением легких, но к врачам не обращался из-за тяжелой материальной ситуации во время проживания за границей. При осмотре: пониженного питания, на коже кистей, вокруг ногтей, на лице высыпания, похожие на проявления кандидоза. Хрипы в нижней доли легкого слева, при рентгенографии - проявления хронической нижнедолевой пневмонии. В неврологическом статусе: больной заторможен, отмечается замедленность ответов и движений, быстрая утомляемость, снижение памяти. Общемозговых и менингеальных симптомов, парезов нет. Черепные нервы без патологии, двустороннее оживление сухожильных рефлексов без патологических стопных симптомов. Снижение болевой чувствительности в дистальных отделах конечностей с двух сторон. Умеренно выраженная атаксия при ходьбе. Координаторные пробы выполняет замедленно, с легким интенционным дрожанием и мимопопаданием с двух сторон. Императивные позывы на мочеиспускание, которые больной связывает с хроническим циститом. На МРТ - признаки наружной и внутренней гидроцефалии, множественные мелкие очаги повышенной плотности вокруг желудочков, умеренные признаки атрофии. В клиническом анализе крови отмечается анемия,

лимфопения, повышение СОЭ. В иммунологическом анализе крови - снижение содержания всех Т-клеток, особенно CD4+-клеток (Т-хелперов/ индукторов)

1. Ваш первичный диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Какие методы обследования нужны?

3. Ваша тактика лечения?

Задача № 27.

Мужчина 42 лет обратился к врачу с жалобами на головную боль, выраженную общую слабость, на повышение температуры тела до 38,5°C. Пациент рассказал, что в течение 2-х недель беспокоит головная боль, повышение температуры тела 37,5- 37,8°C, общая слабость, сонливо. Сегодня с утра появилось двоение в глазах. За последний год похудел на 4-кг, стал быстрее уставать, много спит, появился частый кашель. При осмотре врач выявил менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Керниг, верхний Брудзинский), легкое расходящееся косоглазие и полуптоз справа. Пациент госпитализирован. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, жидкость бесцветная, прозрачная, белок 1,5 г/л, цитоз 450 в 1 мм³, преобладают лимфоциты, сахар 0,6 ммоль/л., через 24 часа появилась фибриновая сеточка.

1) Поставьте топический диагноз?

2) Поставьте предварительный клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

3) Предложите дополнительные методы обследования.

4) Составьте план лечения.

5) Противозидемические мероприятия при впервые выявленном случае туберкулеза

Задача № 28.

Больной Ш., 28 лет. Был избит. Кратковременно терял сознание. При поступлении в стационар больной в сознании, однако, вял, заторможен. Пульс 58 ударов в минуту. Отмечалась неоднократная рвота.

Неврологически: выявляется легкий левосторонний центральный гемипарез. На рентгенограммах черепа - трещина теменной кости справа. Через 4 часа после поступления состояние больного резко ухудшилось: впал в коматозное состояние, появилась анизокория (справа зрачок шире, чем слева), в левых конечностях двигательные нарушения выросли до плегии.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Определите тактику обследования.
3. Назначьте лечение.

Задача № 29.

Больной обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ? Что лежит в основе этой патологии?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
3. Чем обусловлено наличие у больного тошноты и рвоты?
4. Где должен лечиться такой больной?

5. Лечение.

Задача № 30.

Больной 18 лет. Родился в асфиксии. В семь лет перенес черепно-мозговую травму. В 12 лет ночью развилась серия приступов с кратковременным исключением сознания, судорожным сокращением мышц лица слева, клоническими сокращениями мышц левой руки. Подобные приступы стали повторяться, обычно после сна. При поступлении: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст, пульс 80 уд. в мин. Неврологический статус: интеллект снижен, больной эйфоричен, расторможен, выявляются нистагмод при взгляде в стороны, легкая асимметрия лица, сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических стопных знаков нет, легкий тремор пальцев рук и век, в позе Ромберга больной пошатывается в стороны. При нейропсихологическом обследовании выявлены снижение концентрации внимания, трудность переключения при выполнении заданий, пересказе текстов, решении математических задач. На рентгенографии черепа отмечаются умеренно выраженные признаки ликворной гипертензии. На ЭЭГ: грубый фокус пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях в виде комплексов спайк-волн-медленная волна. При гипервентиляции отмечается тенденция к генерализации спайк-волновой активности с сохранением выраженности фокуса пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях.

1. Ваш первичный диагноз?

2. Какие методы обследования нужны?

3. Ваша тактика лечения?

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 . «Фундаментальная неврология»</p>	<p>1. Физиология нейрона. Структура и свойства нейрона. Потенциал покоя и потенциал действия. Тормозные и возбуждающие потенциалы.</p> <p>2. Физиология и функции глии (астроциты, олигодендроциты, шванновские клетки).</p> <p>3. Физиология миелиновой оболочки. Роль миелина в проведении нервных импульсов. Обмен миелина; синтез миелина; демиелинизация; ремиелинизация. Особенности строения миелина в ЦНС и периферической нервной системе.</p> <p>4. Физиология гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Структура ГЭБ. Неоднородность ГЭБ. Особенности проникновения лекарственных субстанций через ГЭБ.</p> <p>5. Типы взаимодействия нервных клеток. Понятие синапса, виды синапсов. Медиаторы и их виды. Рецепторы: определение, виды, физиология, постсинаптические и пресинаптические рецепторы.</p> <p>6. Физиология вегетативной нервной системы (ВНС). Роль и основные функции ВНС. Эффекты симпатической и парасимпатической активации. Адренорецепторы: определение, виды, физиология. Холинорецепторы.</p> <p>7. Физиология вегетативной нервной системы (ВНС). Барорефлексы. Терморегуляция. Потоотделение. Регуляция зрачка. Регуляция дыхания. Регуляция моторики желудочно-кишечного тракта и акта дефекации. Регуляция функций мочевого пузыря и акта мочеиспускания. Регуляция эректильной функции.</p> <p>8. Принципы взаимодействия церебральных функциональных систем. Представление о функциональной системе.</p> <p>9. Аfferентные и эfferентные системы. Аfferентные системы: восприятие сенсорных стимулов, их проведение, синтез и оценка. Эfferентные системы: пирамидная, экстрапирамидная, мозжечковая, вегетативная.</p> <p>10. Специфические и неспецифические церебральные системы. Лимбико-ретикулярный комплекс - морфофункциональная основа деятельности неспецифических систем. Интегративный принцип деятельности неспецифических систем. 11. Функциональная межполушарная асимметрия. Локализация функций в полушариях мозга. Специализация полушарий.</p> <p>12. Общая модель синапса с химической передачей, биохимические ступени синаптической передачи (синтез, проведение, накопление, выделение, рецепция, разрушение, обратный захват).</p> <p>13. Современные представления о медиаторах и медиаторных системах; принципы сосуществования медиаторов в нейронах; локализация различных медиаторных систем в , их классификация, функции</p> <p>14. Нервно-мышечная передача: роль ацетилхолина; кальциевые каналы.</p>
--	--

15. Рилизинг-факторы гипоталамуса (статины и либерины). Нейротрансмиттерный контроль за гипоталамическими функциями. Принцип обратной связи (система гипоталамус-гипофиз-периферические эндокринные железы).

16. Обмен дофамина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме дофамина.

17. Обмен норадреналина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме норадреналина.

18. Обмен серотонина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме серотонина.

19. Обмен ацетилхолина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме ацетилхолина.

20. Обмен гистамина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме гистамина.

21. Обмен гаммааминомасляной кислоты (ГАМК) и препараты, воздействующие на него.

22. Обмен глутамата и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме глутамата.

23. Обмен окиси азота (NO) и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме NO.

24. Нейропротекторы и антиоксиданты. Понятие об апоптозе. Эксайтотоксичность и оксидантный стресс – неспецифические механизмы патогенеза заболеваний нервной системы. Нейропротекторы и антиоксиданты – виды и классы.

25. Витамины. Место витаминов в патогенезе заболеваний центральной и периферической нервной системы.

26. Ноотропы.

27. Гормоны. Кортикостероиды, глюкокортикоиды, минералокортикоиды, анаболики и механизм их действия. Виды и классы гормональных препаратов. Роль и место гормонов в терапии заболеваний нервной системы. Осложнения гормональной терапии.

28. Антагонисты кальция (АК). Группы АК. Особенности применения. Осложнения применения АК.

29. Вазоактивные препараты. Классы вазоактивных препаратов. Механизмы действия. Осложнения

30. Антikonвульсанты. Виды антikonвульсантов и механизм их действия. Мембранстабилизирующие возможности. Осложнения применения антikonвульсантов.

31. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Классы. Особенности действия. Осложнения применения НПВП.

32. Миорелаксанты. Миорелаксанты центрального и периферического действия (ботулотоксин).

33. Антикоагулянты, фибринолитики, антиагреганты.

34. Анальгетики. Группы препаратов, особенности их воздействия. Осложнения применения.

35. Блокаторы адренергических рецепторов. Бета-адреноблокаторы. Альфа-адреноблокаторы. Особенности применения в неврологии. Осложнения.

36. Снотворные. Виды снотворных препаратов. Коротко-, средне-, долгоживущие препараты. Особенности применения в неврологии. Осложнения.

	<p>37. Психотропные препараты (ПП). Классификация ПП. Нейролептики: типичные и атипичные (большие и малые); седативного и активирующего действия.</p> <p>38. Анксиолитики: производные бензодиазепинов; карбаминовые эфиры замещенного пропандиола; производные дифенилметана; транквилизаторы различных химических групп. Механизмы действия.</p> <p>39. Антидепрессанты (АД): классификация, механизмы действия.</p> <p>40. Психостимуляторы: классификация, механизмы действия.</p> <p>41. Осложнения применения психотропных средств: неврологические, нейро-обменно-эндокринные, вегетативные; психические; злокачественный синдромы; синдром отмены; привыкание; зависимость.</p> <p>42. Нейрогенетика. Понятие о гене, хромосоме, хромосомный набор человека.</p> <p>43. Особенности деления соматической клетки (митоза) и половой клетки (мейоза).</p> <p>44. Аллельный ген. Мутация. Экспрессивность и пенетрантность наследственного признака. Генетическая гетерогенность.</p> <p>45. Понятие врожденного, наследственного и семейного заболевания в нейрогенетике.</p> <p>46. Врожденные морфогенетические варианты развития (микроаномалии) и пороки развития нервной системы.</p> <p>47. Основные типы наследования в нейрогенетике; гетерозиготное носительство и способы его выявления.</p> <p>48. Понятие о наследственной гетерогенности болезней нервной системы.</p> <p>49. Хромосомные болезни нервной системы.</p> <p>50. Методы диагностики наследственной патологии нервной системы.</p> <p>51. Клинико-генеалогический метод анализа, составление родословных, медико-генетическое консультирование в неврологии.</p> <p>52. Нейропсихология. Основные функциональные блоки по А.Р. Лурия. Блок поддержания тонуса коры. Блок переработки и хранения информации. Блок формирования и контроля программы.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Топическая диагностика»</p>	<p>1. Чувствительные нарушения. Виды расстройств чувствительности.</p> <p>2. Боль. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы мозга.</p> <p>3. Двигательные центральные нарушения: Симптомы поражения центрального двигательного нейрона на различных уровнях</p> <p>4. Двигательные периферические нарушения: признаки периферического паралича, симптомы поражения мышц, периферического нерва, нервно-мышечного синапса, стволов</p>

сплетений, переднего корешка, переднего рога, двигательных ядер черепных нервов, самих черепных нервов.

5. Координация движений и ее расстройства: Мозжечок и вестибулярная система, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений. Различные виды атаксий.

6. Экстрапирамидные нарушения: подкорковые узлы, синдромы их поражения. Гипокинетически-гипертонический синдром.

7. Экстрапирамидные нарушения: подкорковые узлы, синдромы их поражения; Гиперкинезы.

8. Поражение больших полушарий. Расстройства высших психических функций.

9. Речь и ее расстройства. Импрессивная и экспрессивная речь. Афазии. Мутизм. Алалия. Дизартрия. Алексия. Аграфия.

10. Гнозис и его расстройства. Агнозии (зрительная, слуховая, сензитивная, анозогнозия, обонятельная и вкусовая агнозия).

11. Праксис и его расстройства. Апраксия (идеаторная, конструктивная, моторная, кинестетическая).

12. Память и ее расстройства.

11. Мышление и его расстройства. Врожденное слабоумие. Задержка умственного развития.

12. Понятие о деменции и псевдодеменции. Кортикальная и подкорковая деменция.

13. Обонятельный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Аносмия, гипосмия, гиперосмия.

14. Зрительный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.

15. Глазодвигательные нервы. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.

16. Тройничный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Невралгия тройничного нерва.

17. Лицевой нерв и промежуточный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.

18. Преддверно-улитковый нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Вестибулярный нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия. Синдром Меньера.

19. Кaudальная группа нервов. Языкоглоточный нерв – IX; блуждающий нерв – X; добавочный нерв – XI; подъязычный нерв – XII. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.

20. Синдромы сочетанного поражения черепных нервов. Синдром мосто-мозжечкового угла и др.
21. Строение и поражение ствола Ретикулярная формация ствола мозга: её строение и функции.
22. Синдромы зрачковых и глазодвигательных расстройств.
23. Синдромы нарушений бодрствования и сознания (выключение сознания, гиперсомнические и коматозные расстройства).
24. Альтернирующие синдромы. Латеральный и медиальный синдром ствола мозга.
25. Синдром дислокации и ущемления ствола мозга в области отверстия мозжечкового намета и большого затылочного отверстия.
26. Синдром центральных апноэ. Другие синдромы дыхательных расстройств у больных в коме.
27. Синдром острых постуральных расстройств («дроп-атака»).
28. Анатомия и физиология спинного мозга. Определение сегмента. Шейное и пояснично-крестцовое утолщения.
29. Спинной мозг: серое вещество – анатомия, синдромы поражения.
30. Спинной мозг – белое вещество – анатомия, синдромы поражения.
31. Синдромы поражения отдельных участков поперечного среза спинного мозга
32. Синдромы поражения задних канатиков; бокового канатика; половины поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара);
33. Синдром поражения вентральной половины поперечника спинного мозга. Синдром полного поражения спинного мозга
34. Поражение ПНС: Радикулопатии – синдром поражения переднего корешка, синдром поражения заднего корешка, синдром поражения корешков конского хвоста.
35. Плексопатии: синдромы поражения шейного сплетения;
36. Синдромы поражения плечевого сплетения (синдром поражения верхнего первичного пучка – паралич Дюшена-Эрба, синдром поражения среднего пучка, синдром поражения нижнего первичного пучка – паралич Дежерина Клюмпке).
37. Синдромы поражения поясничного сплетения.
38. Синдромы поражения крестцового сплетения.

	<p>39. Синдромы поражения шейного сплетения.</p> <p>40. Синдромы поражения периферических нервов плечевого сплетения: лучевой, локтевой, срединный нервы.</p> <p>41. Синдромы поражения грудных нервов.</p> <p>42. Синдромы поражения периферических нервов поясничного сплетения: бедренный нерв, запирательный нерв, наружный кожный нерв бедра (синдром Рота).</p> <p>43. Синдромы поражения периферических нервов крестцового сплетения: седалищный, малоберцовый, большеберцовый нервы.</p> <p>44. Полинейропатии (аксонопатии, миелінопатии): сенсорная, моторная, вегетативная, смешанная, дистальная, проксимальная.</p> <p>45. Нарушение тазовых функций. Недержание мочи. Истинное недержание мочи. Задержка мочеиспускания. Императивные позывы. Неврогенные расстройства мочеиспускания. Нарушения дефекации. Нарушения половой функции: нейрогенная импотенция.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Общая неврология»</p>	<p>1. Электроэнцефалография (ЭЭГ). Патологические изменения в ЭЭГ. Эпилепсия и ЭЭГ. Роль ЭЭГ в оценке функционального состояния мозга.</p> <p>2. Реоэнцефалография и реовазография. Основные показания к применению.</p> <p>3. Допплероультрасонография. Основные показания к применению. Возможности метода для динамического контроля при оперативных вмешательствах.</p> <p>4. Вызванные потенциалы (ВП): соматосенсорные, зрительные, слуховые, стволовые. Роль ВП в диагностике уровня поражения афферентных систем и оценки их функционального состояния.</p> <p>5. Электронейромиография (ЭНМГ). ЭНМГ критерии разных уровней поражения (нижний мотонейрон, корешок спинного мозга, нервный ствол, мышца). Глобальная, локальная и стимуляционная ЭНМГ.</p> <p>6. Полисомнография. Основные показания к применению.</p> <p>7. Методы исследования сегментарного отдела вегетативной нервной системы и их оценка. Вызванные кожные симпатические потенциалы, вызванные сосудистые реакции, кардиоваскулярные тесты (проба с глубоким медленным дыханием, проба с активным вставанием, проба Вальсальвы, ортопроба, проба с изометрическим физическим напряжением, нагрузкой).</p>

	<p>8.Исследование порогов боли (альгометрия, ноцептивный флексорный рефлекс). Болевые оценочные шкалы.</p> <p>9.Рентгеновская компьютерная томография (КТ) Основные показания при заболеваниях ЦНС.</p> <p>10.Магнитно-резонансная томография (МРТ), МР-ангиография. Радионуклидные методы нейровизуализации.</p> <p>11.Позитронная эмиссионная томография – метод прижизненного количественного исследования метаболизма и кровотока в ЦНС.</p> <p>12. Боль.. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы. Острая и хроническая боль. Ноцицептивная и невропатическая боль. Висцеральные боли. Отраженные боли. Психогенные боли. Методы оценки боли.</p> <p>13.Головокружение. Центральные и периферические системы контроля равновесия и ориентации тела в пространстве. Системное и несистемное головокружение.</p> <p>14.Повышение внутричерепного давления. Ликворные системы мозга. Регуляция внутричерепного давления. Ликворопродукция и ликворорезорбция. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Гидроцефалия. Наружная и внутренняя. Открытая и закрытая.</p> <p>15.Нарушения сознания. Пароксизмальная утрата сознания и длительное (перманентное) изменение сознания: спутанность сознания, оглушение, делирий, сопор, кома. Акинетический мутизм. Хроническое вегетативное состояние. Смерть мозга. Синдром «запертого человека».</p> <p>16.Стояние и ходьба. Способы измерения равновесия и ходьбы (клинические шкалы, стабилография, видеокинематический анализ ходьбы).</p> <p>17. Клинические варианты нарушений ходьбы (дисбазия) и стояния (астазия).</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Частная неврология»</p>	<p>1.Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Функциональные шкалы оценки тяжести инсульта.</p> <p>2.Патофизиология церебрального инсульта. «Ишемический каскад». Хронобиология церебрального инсульта.</p> <p>3.Принципы исследования больного с церебро-васкулярным заболеванием, параклинические методы диагностики</p> <p>4. Транзиторная ишемическая атака. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>5. Ишемический инсульт. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>6.Геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>7.Хроническая ишемия мозга. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p>

8. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
- 9..Хирургическое лечение сосудистых заболеваний головного мозга (показания к хирургическому лечению).
- 10.Заболевания вен ГМ и синусов. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
- 11.Сосудистые заболевания спинного мозга. Острый спинальный инсульт. Хроническая сосудистая миелопатия.
- 12.Опухоли центральной нервной системы. Гистологическая классификация опухолей ЦНС.
- 13.Особенности течения различных типов опухолей. Первичные и метастатические опухоли мозга. Особенности течения супра- и субтенториальных, конвекситальных и глубинных опухолей, опухолей средней линии.
- 14.Первичные (очаговые) и вторичные симптомы опухолей ГМ.
- 15.Диагностика опухолей головного мозга (клиническая и параклиническая). Роль нейровизуализационных исследований.
- 16.Экстренные, срочные и относительные показания к операции. Типы операций (радикальные тотальные и субтотальные, частичные, паллиативные, пластические, противоболевые).
- 17.Хирургическое лечение внутримозговых глиальных опухолей, менингеом, неврином, аденом гипофиза, краниофарингеом, опухолей черепа.
- 18.Лучевое и медикаментозное лечениеопухолей ГМ, послеоперационное лечение.
- 19.Клиника опухолей спинного мозга и прилежащих образований: корешково-оболочечные, проводниковые и сегментарные симптомы.
- 20.Клиника и диагностика опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста. Особенности течения интрамедуллярных опухолей и экстрамедуллярных опухолей (интра- и экстрадуральных).
- 21.Опухоли спинного мозга. Показания к операции, основные типы операций. Лучевое и медикаментозное лечение.
- 22.Менингиты: гнойные и серозные; острые и хронические (арахноидиты). Этиология, патогенез. Менингизм.
23. Гнойные менингиты: этиология, патогенез, лечение и профилактика
24. Серозные менингиты: этиология, патогенез, лечение и профилактика
- 23.Энцефалиты – острые и хронические . Классификация.

24. Клещевой и комариный энцефалиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
25. Энцефалит Экономо. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
26. Герпетический энцефалит. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
27. Туберкулезные поражения нервной системы (менингиты, энцефаломиелиты, менинго-миелиты, туберкулема), поражение позвоночника. Патогенез, лечение и профилактика
28. Грибковые поражения нервной системы. Грибковые менингиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
29. Поражения нервной системы при опоясывающем лишае; постгерпетическая невралгия. Патогенез, лечение и профилактика
30. СПИД и нервная система. Классификация поражений. Патогенез, лечение и профилактика
31. Нейроборрелиоз (болезнь Лайма).
32. Особенности поражения центральной и периферической нервной системы при сифилисе.
33. Паразитарные заболевания нервной системы (цистицеркоз, эхинококкоз, токсоплазмоз).
34. Особенности поражения центральной и периферической нервной системы при ботулизме.
35. Рассеянный склероз. Классификация. Варианты течения .
36. Клинические критерии диагностики рассеянного склероза: по Позеру, Мак Доналду – достоверный, вероятный, возможный. Шкала инвалидности Куртцке. Параклинические критерии – МРТ, иммуно-ликвородиагностика, вызванные потенциалы.
37. Рассеянный склероз. Особенности лечения в период обострений и профилактика обострений методами длительной иммунокоррекции.
38. Рассеянный склероз. Симптоматическое лечение спастичности, боли, тазовых расстройств, тремора, пароксизмальных, эмоциональных и других проявлений.
39. Дифференциальный диагноз рассеянного склероза: острые рассеянные энцефаломиелиты (первичный и вакцинальный), лейкоэнцефалиты (лейкоэнцефалит Шильдера), панэнцефалит (Ван-Богарта). Лейкодистрофии и лейкоэнцефалопатии. Клиника, диагностика, лечение.

40.Травматическое поражение нервной системы. Виды черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (закрытая, открытая; проникающая и непроникающая). Основные факторы патогенеза .

41.Классификация черепно-мозговых травм. Сотрясение мозга. Клиника, диагностика, лечение. Клиника, диагностика, лечение.

42.Ушиб мозга легкой степени. Ушиб мозга средней степени. Тяжелый ушиб головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.

43.Сдавление мозга на фоне его ушиба. Сдавление мозга без сопутствующего ушиба. Клиника, диагностика, лечение.

44.Периодизация ЧМТ (острый период, промежуточный, период отдаленных последствий). Тяжесть ЧМТ (рубрификация). 45.ЧМТ. Тяжесть состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное) и критерии ее оценки (состояние сознания, степень нарушения витальных функций, выраженность неврологической симптоматики).

46.Неврологические проявления периода отдаленных последствий ЧМТ. «Посттравматическая энцефалопатия» и критерии ее диагностики. Посткоммоционный синдром (клиника и диагностика). Основы терапии

47. Спинальная травма. Травма периферических нервов. Клиника, диагностика, лечение.

48.Патология ликвороциркуляции. Открытая и закрытая гидроцефалия. Отек и набухание головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.

49.Нормотензивная гидроцефалия. Клиника, диагностика, лечение.

50.Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Клиника, диагностика, лечение.

51.Нервно-мышечные заболевания. Прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД). X-сцепленные Дюшенна и Беккера и другие. Клиника, диагностика, лечение.

52.Аутосомные ПМД – лицелопаточно-плечевая Ландузи-Дежерина, скапуло-перонеальная Давиденкова, конечностно-поясная Эрба-Рота, дистальные и окулофарингеальные формы.

53.Спинальные амиотрофии. Проксимальные спинальные амиотрофии детского возраста– 1, 2, 3 типа и редкие формы. Клиника, диагностика, лечение.

54. Спинальные амиотрофии взрослых – бульбоспинальная, дистальная, и др. Клиника, диагностика, лечение.

55.Метаболические миопатии – при гликогенозах, митохондриальные энцефаломиопатии (с-м Кирнса-Сейра, с-м

MELAS, с-м MERRF), миопатические синдромы при нарушениях обмена карнитина, алкогольная миопатия. Клиника, диагностика, лечение.

56. Миастения и миастенические синдромы. Клиника, диагностика, лечение.

57. Клиническая диагностика миастении (синдром патологической мышечной утомляемости). Параклиническая диагностика миастении (прозеринавая проба, ЭНМГ, иммунодиагностика, исследование вилочковой железы). Лечение миастении- лекарственное и хирургическое.

58. Миастенический и холинергический криз, принципы лечения. Конечностно-поясная миастения и миастения новорожденных. Клиника, диагностика, лечение.

59. Миастенические и миастеноподобные синдромы: синдром Ламберта-Итона, семейная инфантильная миастения, врожденная миастения, лекарственная миастения и др. Клиника, диагностика, лечение.

60. Миотонии: дистрофическая, врожденная (Томсена и Беккера), ремиттирующая (при избытке калия). Клиника, диагностика, лечение.

61. Периодические параличи: семейный гиперкалиемический, семейный гипокалиемический, семейный нормокалиемический, симптоматические. Миоглобинурия. Клиника, диагностика, лечение.

62. Синдромы гиперактивности двигательных единиц: синдром ригидного человека, нейромиотония, тетания, крампи, миокимии, синдром Шварца-Джампела и другие. Клиника, диагностика, лечение.

63. Заболевания периферической нервной системы. Нейропатии: сенсорные, моторные, вегетативные, смешанные. Аксонопатии, миелінопатии. Принципы ЭНМГ-диагностики.

64. Полиневропатии наследственные (НМСН Шарко-Мари-Тута, со склонностью к параличам от давления, синдром Русси-Леви, сенсорно-вегетативные, болезнь Фабри, порфириная и др.). Клиника, диагностика, лечение.

65. Полиневропатии идиопатические воспалительные (синдромы Гийена-Барре и Фишера, ХВДП, мультифокальная с блоками проведения). Клиника, диагностика, лечение.

66. Полиневропатии при соматических заболеваниях (диабетическая, уремиическая, парапротеинемическая, при коллагенозах и васкулитах, паранеопластическая, критических состояний). Клиника, диагностика, лечение.

67. Полинейропатии токсические (алкогольная, мышьяковая, при отравлении ФОС, свинцовая, изониазидная и др.). Клиника, диагностика, лечение.

68. Плексопатии плечевая (травматическая, неопластическая, лучевая). Синдром Персонайджа-Тернера. Синдром верхней апертуры грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение.

69. Плексопатия пояснично-крестцовая. Клиника, диагностика, лечение.

70. Краниальные невропатии. Множественная краниальная невропатия. Синдром болевой офтальмоплегии. Синдром Гарсена. Клиника, диагностика, лечение.

71. Туннельные невропатии. Клиническая картина и диагностика туннельных невропатий отдельных нервов. Синдромы мышечных лож. Клиника, диагностика, лечение.

72. Туннельные невропатии. Принципы диагностики, консервативное лечение и показания к хирургическому лечению. Клиника, диагностика, лечение.

73. Вертеброгенные поражения периферической нервной системы (рефлекторные мышечно-тонические, компрессионно-ишемические радикуло-миелопатические синдромы). Миофасциальный болевой синдром. Клиника, диагностика, лечение.

74. Комплексный регионарный болевой синдром (рефлекторной симпатической дистрофии). Клиника, диагностика, лечение.

75. Боковой амиотрофический склероз. Особенности клинического течения различных форм БАС. Клинические и ЭНМГ-критерии диагностики БАС. Клиника, диагностика, лечение.

76. Синдромы БАС (спондилогенная миелопатия, прогрессирующие спинальные амиотрофии, при инфекциях, интоксикациях, пострадиационная миелопатия, мультифокальная двигательная невропатия с блоками проведения, паранеопластический синдром и другие). Симптоматическое лечение БАС.

77. Дегенеративные заболевания ЦНС с преимущественным поражением пирамидной системы и мозжечка: наследственная спастическая параплегия (изолированная и спастическая параплегия-плюс). Клиника, диагностика, лечение.

78. Спиноцеребеллярные дегенерации: наследственные спиноцеребеллярные атаксии (болезнь Фридрейха, наследственная витамин-Е дефицитная атаксия, аутосомно-доминантные спиноцеребеллярные атаксии 1-13 типов, эпизодические атаксии, с-м Маринеску-Шегрена). Клиника, диагностика, лечение.

79. Врожденная гипоплазия мозжечка. Спорадические формы спино-церебеллярных дегенераций. Клиника, диагностика, лечение.

80. Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма (прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемная атрофия, кортико-базальная дегенерация). Лекарственное и хирургическое лечение болезни Паркинсона, осложнения фармакотерапии.

81. Тремор. Классификация (покоя, постуральный, кинетический). Эссенциальный тремор. Клиника, диагностика, лечение

82. Дистонии. Принципы классификации. Клиническая диагностика дистоний. Лекарственное и хирургическое лечение. Клиника, диагностика, лечение. Лечение ботулотоксином.

83. Хорея Гентингтона и другие хорей (сенильная, малая, лекарственная, синдром хорей-акантоцитоз, доброкачественная, синдром Леша-Нихена). Клиника, диагностика, лечение

84. Миоклонус (корковый, стволочно-подкорковый, сегментарный, периферический). Клиника, диагностика, лечение

85. Первичный и вторичный миоклонус. Эпилептический миоклонус. Миоклонус–эпилепсия. Стартл-синдром и гиперэксплексия. Клиника, диагностика, лечение

86. Тики и синдром Туретта. Клиника, диагностика, лечение

87. Лекарственные дискинезии (нейролептические и другие). Клиника, диагностика, лечение

88. Головные боли. Классификация и диагностические критерии первичных и симптоматических головных болей (симптомы «опасности»).

89. Мигрень без ауры и мигрень с аурой. Виды аур. Дифференциальная диагностика мигрени с аурой с ТИА и др. органическими неврологическими заболеваниями. Клиника, диагностика, лечение.

90. Мигренозный статус и другие осложнения мигрени. Возрастные особенности мигрени. Клиника, диагностика, лечение мигрени.

91. Первичные сосудистые головные боли (пучковая, ХПГ). Классификация. Клиника, диагностика, лечение

92. Головные боли напряжения: эпизодические и хронические: с напряжением и без напряжения перикраниальных мышц.

93. Симптоматические головные боли. Гипертензионные ГБ, посттравматические ГБ: острые и хронические. Головные боли при артериальной гипертензии. ГБ при метаболических расстройствах: гиперкапния и гипокапния.

94. Связь ГБ с синдромом апное во сне (САС). Абузусные головные боли, обусловленные злоупотреблением анальгетиков. Принципы их лечения.

95. Цервикогенная ГБ. Клиника, диагностика, лечение.

96. Невралгия тройничного и языкоглоточного нервов. Периферические и центральные факторы патогенеза. Методы консервативного и хирургического лечения.

97. Миофасциальная лицевая болевая дисфункция. Патогенетическое значение нарушений прикуса и дисфункции ВНЧС. Ортопедическая коррекция и фармакологическое лечение.

98. Болевая офтальмоплегия. С-м Толосы – Ханта. Головные и лицевые боли, связанные с заболеванием глаз (глаукома) и ЛОР – органов (воспаление придаточных пазух, уха). Клиника, диагностика, лечение

99. Эпилепсия. Основные механизмы эпилептогенеза. Эпилептические припадки (генерализованные, парциальные). Стандарт ведения пациента с первым эпилептическим припадком.

100. Эпилепсии и эпилептические синдромы. Парциальные эпилепсии (симптоматические, идиопатические). Темпоральные и экстраемпоральные неокортикальные эпилепсии. Клиника, диагностика, лечение

101. Генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы. Возрастные идиопатические эпилептические синдромы. Криптогенные и симптоматические, связанные с возрастом синдромы. Клиника, диагностика, лечение

102. Эпилепсия и беременность. Эпилептический статус. Фебрильные судороги. Клиника, диагностика, лечение

103. Неэпилептические пароксизмы, дифференциальный диагноз с эпилепсией. Клиника, диагностика, лечение

104. Принципы фармакологического лечения эпилепсии. Хирургическое лечение.

105. Наследственные и врожденные заболевания ЦНС. Липидозы с нарушением обмена сфингомиелина (б-нь Нимана – Пика), глюкоцереброзидов (б-нь Гоше). Тип болезни. Тип наследования. Клиника, диагностика, лечение

106.Лейкодистрофии: метохроматическая, глободно-клеточная (б-нь Краббе), суданофильная (б-нь Пелициуса-Мерцбахера). Мукополисахаридозы, муколипидозы, болезнь Морфана. Клиника, диагностика, лечение

107.Нарушения метаболизма аминокислот: фенилкетонурия, гомоцистинурия и др. Клиника, диагностика, лечение

108.Факоматозы. Нейрофиброматоз Реклингаузена: периферическая и центральная формы. Клиника, диагностика, лечение

109.Системный цереброретиновисцеральный ангиоматоз (б-нь Гиппель – Линдау): с преимущественным поражением мозжечка «опухоль Линдау» и сетчатки «опухоль Гиппеля». Атаксия – тельангиоэктазия (с – м Луи – Бар). Болезнь Штурге-Вебера. Клиника, диагностика, лечение

110.Врождённые аномалии. Сирингомиелия: основные формы (сирингобульбия). Показания к хирургическому лечению. Клинические и нейровизуализационные признаки. Принципы терапии.

111.Spina - bifida. С – м Арнольда Киари, Денди-Уокера. Базилярная импрессия и платибазия. Врождённый нистагм. Арахноидальные кисты. Клиника, диагностика, лечение

112.Соматоневрологические синдромы. Неврологические расстройства (энцефалопатии и полинейропатии) при болезнях внутренних органов, желез внутренней секреции, соединительной ткани, крови. Клиника, диагностика, лечение. Неврология беременности

113.Нутритивные, паранеопластические синдромы. Клиника, диагностика, лечение

114.Инттоксикации. Поражения нервной системы (энцефалопатии и полинейропатии) при интоксикации алкоголем, наркотиками, лекарствами, химиотерапией, промышленными ядами. Клиника, диагностика, лечение

115.Деменции. Определение деменций. Методы исследования когнитивных функций и памяти. Классификация деменций. Клиника, диагностика, лечение

116. Дегенеративные деменции. Болезнь Альцгеймера, болезнь телец Леви, другие формы дегенеративных деменций. Сосудистые деменции. Принципы терапии.

117.Нарушения цикла «Сон-бодрствование» (ЦСБ). Классификация нарушений сна. Диссомнии, гиперсомнии,

парасомнии: виды, клиническая картина, особенности диагностики и лечения. Медицина сна

118. Возрастные аспекты неврологических заболеваний. Патология развития плода, детский церебральный паралич. Особенности течения последствий ДЦП у взрослых. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью. Клиника, диагностика, лечение.

119. Геронто неврология. Механизмы старения. Особенности течения и принципы терапии неврологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте. Клиника, диагностика, лечение

120. Нейрореабилитация. Понятие нейрореабилитации. Организация реабилитационных мероприятий при различных формах неврологических заболеваний.

121. Акинетико-ригидный синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

122. Астенический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

123. Болевые синдромы спины и верхней конечности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

124. Болевые синдромы спины и нижней конечности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

125. Миофасциальные болевые синдромы. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

126. Синдром вегетативной дистонии (СВД). Особенности клинической картины, диагностика и лечение

127. Гемиплегия (гемипарез). Особенности клинической картины, диагностика и лечение

128. Синдром гиперсомнии. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

129. Гипоталамический синдром. Ожирение и истощение. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

130. Лицевые гиперкинезы. Тремор. Хорея. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

131. Менингеальный синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

132. Миоклонус. Классификация. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
133. Миопатический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
134. Миотонические и псевдомиотонические синдромы. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
135. Мозжечковая атаксия. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
136. Мышечная слабость проксимальная. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
137. Нейрогенный мочевой пузырь. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
138. Односторонняя слабость лицевой (мимической) мускулатуры. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
139. Острая наружная офтальмоплегия. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
140. Острое состояние спутанности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
141. Острое ухудшение зрения на оба глаза. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
142. Острое ухудшение зрения на один глаз. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
144. Параплегия нижняя спастическая. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
145. Эпилептический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
146. Полинейропатический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
147. Поражение мотонейрона (нижнего и верхнего). Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
148. Приступообразная головная боль. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
149. Синдром патологического положения головы. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.

	<p>150. Синдром периферической вегетативной недостаточности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.</p> <p>151. Эпизоды преходящих парезов конечностей. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 . «Фундаментальная неврология»</p>	<p>1. Наиболее распространенной формой нейрона у человека являются клетки</p> <p>а) униполярные</p> <p>б) биполярные</p> <p>в) мультиполярные</p> <p>г) псевдоуниполярные</p> <p>2. Передача нервного импульса происходит</p> <p>а) в синапсах</p> <p>б) в митохондриях</p> <p>в) в лизосомах</p> <p>г) в цитоплазме</p> <p>3. Миелиновая оболочка нервного волокна определяет</p> <p>а) длину аксона и точность проведения</p> <p>б) скорость проведения нервного импульса</p> <p>в) принадлежность к чувствительным проводникам</p> <p>г) принадлежность к двигательным проводникам</p> <p>4. Нейроглия выполняет</p> <p>а) опорную и трофическую функцию</p>
--	---

- б) опорную и секреторную функцию
- в) трофическую и энергетическую функцию
- г) только секреторную функцию
5. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании
- а) покровных костей черепа
- б) венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка**
- в) сосудистых сплетений
- г) отверстий в основании черепа
6. Симпатические клетки лежат
- а) в передних рогах
- б) в задних рогах
- в) в передних и задних рогах
- г) главным образом, в боковых рогах**
7. Принцип реципрокности заключается
- а) в расслаблении антагонистов и агонистов
- б) в расслаблении только агонистов
- в) в расслаблении только антагонистов
- г) в сокращении агонистов и расслаблении антагонистов**
8. Основным медиатором тормозного действия является
- а) ацетилхолин
- б) ГАМК**
- в) норадреналин
- г) адреналин
- д) дофамин
9. Синапс – это ...
- а) прорастание аксона в мембрану соседнего нейрона
- б) протоплазматический мостик-контакт между нейронами
- в) специализированный функциональный контакт между клетками**
- г) отросток нервной клетки
10. Нервные волокна, отростки нервных клеток, имеющие миелиновую оболочку, – это ...
- а) серое вещество
- б) дендрит
- в) белое вещество мозга**
- г) аксон
11. Апоптоз – это ...
- а) временное «замораживание» клетки
- б) программируемая смерть клетки**
- в) гибель клетки в результате болезни организма

г)случайная гибель клетки

12. Нейросекреция – это ...

а)метод регистрации электрической активности головного мозга через неповрежденные покровы головы

б)образование и выделение нейрогормонов, синтезируемых гипоталамусом

г)выделение медиаторов терминалями аксонов

д) аксональный ток

13.Основателем отечественной школы нейрофизиологии является ...

а)И.П. Павлов

б)Л.А. Орбели

в)А.Р.Лурия

г) Я.Е.Кожевников

14.Роль натрий-калиевого канала – ...

а)проведение нервного импульса

б)поддерживать клеточный потенциал и регулировать клеточный объём

в)перемещение ионов в клетку и из клетки

г) выведение балластных веществ из нейрона

15.По функциональному значению выделяют три группы нервных окончаний:

а)чувствительные, амплитудные, двигательные

б)чувствительные, амплитудные, межнейронные

в)чувствительные, двигательные, межнейронные

г) эфферентные и афферентные

16.Рефрактерность – это ...

а)взаимодействие нейронов в нервных сетях

б)отражательная способность ЦНС

в)кратковременное понижение возбудимости

г) проводимость нервного волокна

17.Нейромедиаторы – это ...

а)специальные вещества, которые выделяются из пресинаптической терминали

б)специальные вещества, которые выделяются из постсинаптического нейрона

в)вещества, которые выделяются из специальных нейросекреторных клеток

г)гормоны нейрогипофиза

18.Места функциональных контактов, образуемых нейронами, называются ...

а)медиаторами

б)нейронами

в)синапсами

г)рецепторами

19. Что не входит в три функциональных блока по Лурии А.Р.?

а)лимбико-ретикуло-диэнцефальный комплекс

б)корковые центры анализаторов

в) моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга

г)мозжечок

	<p>20. К основным методам ДНК-диагностики не относят:</p> <p>а) дозовый блот-гибридизационный анализ;</p> <p>б) анализ полиморфизма длин рестрикционных фрагментов (ПДРФ);</p> <p>в) полимеразная цепная реакция (ПЦР);</p> <p>г) дерматоглифический метод</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Топическая диагностика»</p>	<p>1. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы</p> <p>а) верхней прямой б) наружной прямой в) нижней прямой г) нижней косой д) верхней косой</p> <p>2. Мидриаз возникает при поражении</p> <p>а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва г) среднего непарного ядра д) ядра медиального продольного пучка</p> <p>3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T₁₀ дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента</p> <p>а) T₆ или T₇ б) T₈ или T₉ в) T₉ или T₁₀ г) T₁₀ или T₁₁ д) T₁₁ или T₁₂</p> <p>4. При центральном параличе наблюдается</p> <p>а) атрофия мышц б) повышение сухожильных рефлексов в) нарушение чувствительности по полиневритическому типу г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц д) фибриллярные подергивания</p> <p>5. Хореический гиперкинез возникает при поражении</p> <p>а) палеостриатума б) неостриатума в) медиального бледного шара г) латерального бледного шара д) мозжечка</p> <p>6. Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии</p> <p>а) латерально б) медиально в) вентрально г) дорсально д) вентролатерально</p>

7. Волокна глубокой чувствительности для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально**
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально
- д) вентромедиально

8. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)

- а) в продолговатом мозге
- б) в мосту мозга**
- в) в ножках мозга
- г) в зрительном бугре
- д) в мозжечке

9. 01.28. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинномозговых нервов и шейных сегментов

- а) С₁-С₄**
- б) С₂-С₅
- в) С₃-С₆
- г) С₄-С₇
- д) С₅-С₈

10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются

- а) в латеральном ядре бледного шара
- б) в полосатом теле**
- в) в медиальном ядре бледного шара
- г) в субталамическом ядре
- д) в мозжечке

11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрытии глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия

- а) мозжечковая
- б) сенситивная**
- в) вестибулярная
- г) лобная
- д) смешанная

12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через

- а) красное ядро**
- б) люисово тело
- в) черное вещество
- г) полосатое тело
- д) голубое пятно

13. Биназальная гемианопсия наступает при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б) наружных отделов перекреста зрительных нервов**
- в) зрительной лучистости
- г) зрительных трактов
- д) черного вещества

14. К концентрическому сужению полей зрения приводит сдавление

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста**
- в) наружного колленчатого тела

- г) зрительной лучистости
- д) черного вещества

15. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия

- а) биназальная
- б) гомонимная**
- в) битемпоральная
- г) нижнеквадрантная
- д) верхнеквадрантная

16. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста**
- в) зрительной лучистости
- г) внутренней капсулы
- д) зрительного нерва

17. Через верхние ножки мозжечка проходит путь

- а) задний спинно-мозжечковый
- б) передний спинно-мозжечковый**
- в) лобно-мосто-мозжечковый
- г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый
- д) спинно-мозжечковый

18. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении

- а) обонятельного бугорка
- б) обонятельной луковицы
- в) височной доли**
- г) теменной доли
- д) лобной доли

19. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б) наружных отделов перекреста зрительных нервов**
- в) зрительных трактов перекреста зрительных нервов
- г) зрительной лучистости с двух сторон
- д) лобной доли

20. Истинное недержание мочи возникает при поражении

- а) парацентральных долек передней центральной извилины
- б) шейного отдела спинного мозга
- в) поясничного утолщения спинного мозга
- г) конского хвоста спинного мозга**
- д) моста мозга

21. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаглокализуется

- а) в верхних отделах моста мозга
- б) в нижних отделах моста мозга
- в) в дорсальном отделе покрывки среднего мозга**
- г) в ножках мозга
- д) в продолговатом мозге

22. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании

- а) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
- б) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне **очага**
- в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной**
- г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
- д) с полиневритическими расстройствами чувствительности

23. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия

	<p>а) динамическая б) вестибулярная в) статическая г) сенситивная д) лобная</p> <p>24. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется а) в левом мосто-мозжечковом углу б) в правом полушарии мозжечка в) в мосту мозга слева г) в области вершины пирамиды левой височной кости д) в ножке мозга</p> <p>25. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага а) в переднем адверсивном поле справа б) в верхнем отделе задней центральной извилины справа в) в нижнем отделе передней центральной извилины справа г) в верхнем отделе передней центральной извилины справа д) в нижнем отделе задней центральной извилины справа</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Общая неврология»</p>	<p>1. Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается а) сдавлением шейных вен б) давлением на переднюю брюшную стенку в) наклоном головы вперед г) разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах д) надавливанием на глазные яблоки</p> <p>2. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы а) на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица б) на короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу в) на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением г) на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения д) на боли в одной половине лица, сопровождающиеся головокружением</p> <p>3. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается а) в 10 раз б) в 6 раз в) в 4 раза г) в 2 раза д) в 1,5 раза</p> <p>4. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах а) 80-110 ммоль/л б) 40-60 ммоль/л в) 203-260 ммоль/л г) 120-130 ммоль/л д) 150 -200 ммоль/л</p> <p>5. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении а) на менингококковый менингит б) на герпетический менингоэнцефалит в) на грибковый менингит г) на менингит, вызванный синегнойной палочкой</p>

- д) на пневмококковый менингит
6. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже
- а) папулезной сыпи
 - б) телеангиэктазий
 - в) «кофейных» пятен**
 - г) витилиго
 - д) розеолезной сыпи
7. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком
- а) ретробульбарной опухоли орбиты
 - б) тромбоза глазничной артерии
 - в) каротидно-кавернозного соустья**
 - г) супраселлярной опухоли гипофиза
 - д) арахноидэндотелиомы крыла основной кости
8. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует
- а) сильно наклонить голову больного вперед
 - б) сдавить яремные вены**
 - в) надавить на переднюю брюшную стенку
 - г) наклонить голову больного назад
 - д) любой маневр удовлетворяет условиям данной пробы
9. Для выявления амнестической афазии следует
- а) проверить устный счет
 - б) предложить больному назвать окружающие предметы**
 - в) предложить больному прочитать текст
 - г) убедиться в понимании больным обращенной речи
 - д) выполнить действия по подражанию
10. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному
- а) поднять руку
 - б) коснуться правой рукой левого уха
 - в) сложить заданную фигуру из спичек**
 - г) выполнить различные движения по подражанию
 - д) проверить устный счет
11. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному
- а) коснуться пальцем кончика носа
 - б) осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук
 - в) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками**
 - г) стоя, отклониться назад
 - д) сделать несколько шагов с закрытыми глазами
12. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано
- а) при остром нарушении мозгового кровообращения
 - б) при внутричерепной гипертензии
 - в) при коматозном состоянии
 - г) при перфорации барабанной перепонки**
 - д) при всем перечисленном
13. Походка с раскачиванием туловища из стороны в сторону характерна для больного
- а) с фуникулярным миелозом
 - б) с дистальной моторной диабетической полинейропатией
 - в) с невральной амиотрофией Шарко – Мари
 - г) с прогрессирующей мышечной дистрофией**
 - д) с мозжечковой миоклонической диссинергией Ханта

14. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальценосовой пробы характерно
- а) для статико-локомоторной атаксии
 - б) для динамической атаксии**
 - в) для лобной атаксии
 - г) для сенситивной атаксии
 - д) для всех форм атаксии
15. Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного
- а) осуществить фланговую походку
 - б) стать в позу Ромберга с закрытыми глазами
 - в) стоя, отклониться назад
 - г) пройти с закрытыми глазами**
 - д) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками
16. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта («отрубленная» пирамида) является характерным рентгенологическим признаком
- а) невриномы слухового нерва
 - б) невриномы тройничного нерва**
 - в) холестеатомы мостомозжечкового угла
 - г) всех перечисленных новообразований
 - д) менингиомы
17. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны
- а) для полиневропатии Гийена – Баре
 - б) для болезни (синдрома) Рейно**
 - в) для синдрома Толоза – Ханта
 - г) для гранулематоза Вегенера
 - д) спинной сухотки
18. Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского
- а) сгибают голову больного вперед
 - б) надавливают на область лонного сочленения
 - в) выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного**
 - г) сдавливают четырехглавую мышцу бедра
 - д) сдавливают икроножные мышцы
19. При МРТ диагностики рассеянного склероза следует учитывать, что нехарактерной локализацией бляшек является
- а) перивентрикулярное белое вещество
 - б) субкортикальное белое вещество**
 - в) мост мозга
 - г) мозжечок
 - д) спинной мозг
20. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба
- а) Ашнера (глазосердечный рефлекс)
 - б) клиностатическая
 - в) ортостатическая**
 - г) шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
 - д) все указанные пробы

**Б 1.Б.6.4 Раздел 4
«Частная неврология»**

1. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять
 - а) гидрокортизон
 - б) преднизолон
 - в) дексаметазон**
 - г) кортизон
 - д) лазикс
2. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение
 - а) адреналина
 - б) норадреналина
 - в) мезатона
 - г) дофамина**
 - д) сульфокамфокаин
3. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются
 - а) ингибиторы МАО
 - б) трициклические антидепрессанты
 - в) нейролептики
 - г) барбитураты**
 - д) все перечисленные препараты
4. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют
 - а) диазепам
 - б) аминазин
 - в) пропазин
 - г) гексенал
 - д) любой из перечисленных препаратов**
5. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает
 - а) цефалексин
 - б) клиндамицин
 - в) рифампицин
 - г) цефтриаксон**
 - д) эритромицин
6. Препаратами первого выбора для этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии без артериальной гипертензии являются
 - а) антиагрегантные средства
 - б) антиоксидантные средства
 - в) антигиперлиппротеинемические средства**
 - г) ноотропные средства
 - д) верно все перечисленное
7. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются
 - а) выраженность общемозговой симптоматики**
 - б) гиповолемия
 - в) гиперкоагулопатия
 - г) сочетание гиповолемии с гиперкоагулопатией
 - д) наличие гемиплегии
8. Показанием к гипертонической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие
 - а) анурии
 - б) сердечной недостаточности
 - в) артериальное давление ниже 120/60 мм рт. ст.
 - г) артериальное давление свыше 204./104. мм рт. ст.**

д) гематокрита 52%

9. Какие фибринолитические препараты при лечении закупорки артерий мозга можно назначать вместе с гепарином?

а) Стрептокиназу

б) фибринолизин

в) урокиназу

г) любой из перечисленных

д) ни один из перечисленных

10. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии

а) ревматизма

б) артериального давления свыше 204/104 мм рт. ст.

в) заболеваний печени

г) язвенной болезни желудка

д) тромбоцитопатии

11. Критерием эффективной гемодилуции в острой стадии ишемического инсульта считают снижение гематокрита до уровня

а) 45-60%

б) 36-44%

в) 30-35%

г) 20-29%

д) меньше 20%

12. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (эпсилонаминокапроновая кислота и др.) противопоказано, поскольку

а) высок риск повышения артериального давления

б) возможно значительное повышение внутричерепного давления

в) кровоизлияние уже завершилось

г) возможно усиление цефалгического синдрома

д) возможно развитие тромбозов

13. Для дегидратирующей терапии при гипертоническом кровоизлиянии в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт. ст. и осмолярности крови выше 304 мосм/л следует выбрать

а) мочевины

б) кортикостероидные препараты

в) маннитол

г) лазикс

д) магния сульфат

14. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является

а) утрата сознания

б) рвота

в) психомоторное возбуждение

г) инфаркт миокарда

д) отек легкого

15. При лечении тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде для коррекции метаболического ацидоза показана внутривенная инфузия

а) 5% раствора глюкозы

б) 4% раствора бикарбоната натрия

в) раствора поляризующей смеси

г) реополиглюкина

д) полиглюкина

16. При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению

- а) кардиотонических средств
 - б) симпатомиметиков
 - в) низкомолекулярных декстранов**
 - г) осмотических диуретиков
 - д) глюкокортикоидов
17. Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является
- а) нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии
 - б) резкая болезненность суставов
 - в) нарушение функции тазовых органов
 - г) сердечная недостаточность II-III ст.
 - д) нарушение координации
18. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать
- а) цитостатики
 - б) туберкулостатические препараты
 - в) нитрофураны (фуразолидон, фурадонин)
 - г) противомаларийные препараты
 - д) препараты всех перечисленных групп
19. Медикаментозный миопатический синдром не вызывают
- а) кортикостероиды
 - б) хлорохин
 - в) аминогликозиды
 - г) антихолинэстеразные препараты
 - д) все перечисленные препараты
20. Психопатологические побочные эффекты могут вызывать
- а) кортикостероиды
 - б) противосудорожные препараты
 - в) противопаркинсонические препараты
 - г) центральные антигипертензивные препараты
 - д) все перечисленные препараты
21. К ингибиторам МАО относятся
- а) нуредаль, беллазон**
 - б) аминазин, тизерцин
 - в) седуксен, радедорм
 - г) амитриптилин, триптизол
 - д) L-допа, наком
22. Нейролептическое действие аминазина обусловлено блокадой рецепторов
- а) адреналина
 - б) норадреналина
 - в) дофамина**
 - г) ацетилхолина
 - д) серотонина
23. При лечении нейролептиками с сильным антипсихотическим действием часто развиваются
- а) мозжечковые расстройства
 - б) экстрапирамидные расстройства**
 - в) вестибулярные расстройства
 - г) координаторные расстройства
 - д) слуховые и зрительные галлюцинации
24. К антидепрессантам седативного действия относятся
- а) мелипрамин
 - б) пиразидол
 - в) индопан
 - г) амитриптилин
 - д) все перечисленные препараты

25. Холинергический криз снимается введением
- а) ганглиоблокирующих средств
 - б) мышечных релаксантов
 - в) атропина**
 - г) адреналина
 - д) норадреналина
26. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов являются проявлением передозировки
- а) атропина**
 - б) прозерина
 - в) ацетилхолина
 - г) пилокарпина
 - д) галантамина
27. Мышечные релаксанты применяют
- а) при введении назогастрального зонда
 - б) при катетеризации мочевого пузыря
 - в) при интубации трахеи**
 - г) при спазме привратника желудка
 - д) при бронхоспазме
28. Лечение гепатоцеребральной дистрофии пеницилламином начинают с назначения
- а) малых доз с постепенным увеличением**
 - б) больших доз с постепенным снижением
 - в) длительного приема средних доз
 - г) больших доз через день
29. Уменьшает глубину сна, в связи с чем применяется при лечении энуреза
- а) амитриптилин
 - б) сиднокарб**
 - в) пипольфен
 - г) парацетам
 - д) аминалон
30. Препараты, уменьшающие глубину сна, следует давать при энурезе
- а) в течение всего дня
 - б) утром и днем
 - в) на ночь**
 - г) утром и вечером
 - д) днем
31. Санаторно-курортное лечение больного с невритом лицевого нерва начинают
- а) с первых дней заболевания
 - б) через 1-2 месяца от начала болезни**
 - в) через 6 месяцев от начала болезни
 - г) через 1 год от начала болезни
 - д) в любое время независимо от давности заболевания
32. Токсическое действие ГБО на нервную систему проявляется
- а) нарушением сознания
 - б) развитием эпилептиформных судорог**
 - в) развитием гиперкинезов
 - г) развитием акинезии и ригидности
 - д) вегетативно-сосудистыми кризами
33. Биодоступность леводопы (прохождение ГЭБ) в сочетании с ингибитором периферической дофадекарбоксилазы повышается

	<p>а) в 2 раза б) в 3 раза в) в 4 раза д) в 6 раз г) в 5 раз</p> <p>34. В остром периоде невропатий нецелесообразно применять а) электрофорез новокаина б) электростимуляцию в) микроволны г) диадинамические токи д) все перечисленное</p> <p>35. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение а) анальгетиков б) спазмолитиков в) противосудорожных средств г) всего перечисленного д) ничего из перечисленного</p>
--	--

Банк ситуационных задач с ответами

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 . «Фундаментальная неврология»</p>	<p>1. Возбуждение от клетки к клетке передается с помощью химических и электрических синапсов (щелевых контактов). В каком типе соединения клеток распространение ПД будет быстрее? Почему?</p> <p>ОТВЕТ. В электрическом синапсе, где возбуждение проводится с помощью электрического поля, без задержки. В химическом синапсе происходит задержка распространения возбуждения, связанная с механизмом медиаторной передачи, что значительно медленнее.</p> <p>2. У животного в эксперименте перерезали спинной мозг. При этом сохранилось только диафрагмальное дыхание. На каком уровне произведена перерезка?</p> <p>ОТВЕТ. Мотонейроны диафрагмального нерва находятся в 3 – 4 шейных сегментах спинного мозга. Мотонейроны межреберных нервов находятся в грудном отделе. Следовательно, перерезка произведена на уровне между 4-ым шейным и 1-ым грудным сегментами спинного мозга.</p> <p>3. «Ночью все кошки серы». Это не только поговорка, но известный факт. Объясните явление с точки зрения физиологических особенностей системы зрения.</p>
---	--

	<p>ОТВЕТ. Рецепторный аппарат системы зрения представлен палочками и колбочками. Световая чувствительность колбочек во много раз меньше палочек, они функционируют в условиях большей освещенности и обеспечивают дневное и цветное зрение. Чувствительность палочек к свету высокая, поэтому в сумерках активны преимущественно палочки, с помощью которых цвета неразличимы.</p> <p>4. Вкусовые ощущения изменяются в зависимости от состояния человека. Как вы считаете, они будут усилены или ослаблены во время сильного волнения?</p> <p>ОТВЕТ. Вещества, вызывающие вкусовые ощущения, действуют в растворенном виде. При сильном волнении вырабатывается меньше слюны, т.к. активация симпатической нервной системы тормозит секрецию жидкой части слюны, поэтому в сухой полости рта вкусовые ощущения будут ослаблены. Кроме того, подключаются тормозные влияния коры большого мозга.</p> <p>5. В результате беседы врача с матерью пациента выявлено, что у её сына после черепно-мозговой травмы в течение длительного времени наблюдается отсутствие сострадания и сочувствия к окружающим, нет интереса к учёбе и с трудом усваивается новый учебный материал. 1). Какая структура мозга могла быть повреждена при травме? 2). Обоснуйте изменение поведения пациента.</p> <p>ОТВЕТ. 1). Вероятно, травма в большей степени затронула лобные ассоциативные области коры большого мозга, которые тесно связаны с лимбическим отделом мозга и участвуют в организации программ действия при реализации сложных поведенческих актов. 2). Нарушения, возникающие после поражения лобных долей, отражает роль этой части мозга в поддержании того, что считают «личностью» индивидуума, особенно, если в поражение вовлекаются оба полушария.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Топическая диагностика»</p>	<p>1. У больного имеется центральный паралич правой руки и моторная афазия. Где локализуется очаг поражения?</p> <p>Ответ: Задние отделы нижней лобной извилины слева (зона Брока) и средний отдел прецентральной извилины левой лобной доли.</p> <p>2. При осмотре выявлена атрофия правой половины языка и фибриллярные подергивания, при высовывании язык</p>

отклоняется вправо.

Определить очаг поражения?

Ответ: Ядро XII нерва справа в продолговатом мозге (периферическое поражение).

3. Больной при ходьбе отклоняется влево. Имеется гипотония в левых конечностях, интенционный тремор слева, горизонтальный нистагм.

Определить очаг поражения?

Ответ: Левое полушарие мозжечка.

4. У больного периодически возникают подергивания правой руки и мышц половины лица справа, не сопровождающиеся потерей сознания (длится 1,5 - 2 минуты). Определить локализацию очага поражения. Как называется эти подергивания?

Ответ: Джексоновская моторная эпилепсия (передняя центральная извилина слева, нижняя часть).

5. У больного имеется центральный парез ног без чувствительных расстройств. Средние и нижние брюшные рефлексы не вызываются, верхние брюшные рефлексы живые, одинаковые с обеих сторон.

Определить очаг поражения?

Ответ: Кортикоспинальный путь на уровне D9-D10.

6. У ребенка наблюдаются быстрые, аритмичные, произвольные движения конечностей и туловища. Он гримасничает, причмокивает, часто высовывает язык. Тонус мышц конечностей снижен.

Где находится очаг поражения? Как называется приведенный синдром?

Ответ: Хореический гиперкинез, малая хорея. Стриатум.

7. У больного анестезия кожи в области лба, передней волосистой части головы и верхней части носа слева. Слева отсутствуют корнеальный и конъюнктивальный рефлексы.

Где очаг поражения?

Ответ: 1 ветвь левого тройничного нерва (r.ophthalmicus).

8. У больного справа отмечается центральный парез ноги, выпадение глубокой чувствительности в пальцах стопы, снижение тактильной чувствительности с уровня D5, слева отсутствует болевая и температурная чувствительность по проводниковому

типу с уровня Д7.

Где очаг поражения? Как называется приведенный синдром?

Ответ: Синдром Броун-Секара, поражение правой половины поперечника на уровне D5.

9. У больного имеется слева гемианестезия, гемиатаксия и гемианопсия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Таламус справа.

10. Больной разучился одеваться, не может пользоваться чашкой, ложкой. Его одевают, кормят. Где находится очаг поражения? Как называются описанные расстройства?

Ответ: Апраксия идеаторная, нижняя теменная доля - надкраевая извилина.

11. У больного отмечается диплопия, частичный птоз и расширение зрачка справа. Правое глазное яблоко отведено кнаружи. Ограничены его движения внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения в левых конечностях. Мышечный тонус в них повышен. Рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается рефлекс Бабинского слева. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Альтернирующий синдром Вебера, ножка мозга справа.

12. У больного наблюдается дизартрия, дисфагия, дисфония, атрофии языка нет, имеются выраженные симптомы орального автоматизма, временами наступает насильственный смех или плач. Определить очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Двустороннее поражение кортико-нуклеарных путей. Псевдобульбарный синдром.

13. У больного отмечается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Сила рук и ног сохранена. Самостоятельно ходить и стоять не может, падает в разные стороны. Снижен тонус мышц всех конечностей. Чувствительность не нарушена. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Червь мозжечка.

14. У больного отмечается постоянное недержание мочи, газов, нарушены все виды чувствительности в ано –

генитальной области. Отсутствует анальный рефлекс.
Определить очаг поражения.

Ответ: Поражение conus medullaris.

15. Больной не распознает предметы, помещенные в его левую руку. Все элементарные виды чувствительности сохранены. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Астереогноз. Верхняя теменная доля справа.

16. У больного сглажена левая носогубная складка, левый угол рта опущен, язык отклоняется влево. Атрофии и фибриллярных подергиваний языка нет. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Центральный парез правого лицевого нерва и подъязычного нерва. Поражение кортико-нуклеарного пути справа.

17. У больного определяется битемпоральная гемианопсия, на глазном дне картина первичной атрофии зрительных нервов. Где находится очаг поражения?

Ответ: Поражение перекрещивающихся в хиазме волокон зрительных нервов (от внутренних половин сетчаток).

18. У больного справа отмечается паралич мимических мышц всей половины лица, слева спастический парез в руке и ноге. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Синдром Мийяра- Гублера справа. Поражение вентральной части основания моста справа.

19. У больного имеется тетрапарез, в руках по периферическому типу, в ногах по центральному типу, а также отмечается выпадение всех видов чувствительности с уровня С5 и задержка мочеиспускания. Определить очаг поражения?

Ответ: Шейное утолщение.

20. У больного имеется центральный парез мышц стопы и голени справа, иногда в них возникают тонико-клонические судороги продолжительностью 1 – 2 минуты. Где локализуется очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Верхний отдел передней центральной извилины слева.
Приступы Джексоновской эпилепсии.

21. У больного имеется левосторонняя спастическая гемиплегия. Поражение лицевого и подъязычного нерва слева по центральному типу.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Внутренняя капсула справа (кортико-спинальный, кортико-нуклеарный пути к 7,12ЧМН справа.)

22. Речь больного глухая, неясная, смазанная, с гнусавым оттенком. Отвечает на вопросы письменно, Жидкая пища и питье вызывают кашель и поперхивания. Движение языка резко ограничены, наблюдаются атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Мягкое небо не подвижно.

Глоточный рефлекс и рефлекс с мягкого неба отсутствуют.

Где локализуется очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Поражение двигательных ядер 9, 10, 12 ЧМН, бульбарный синдром.

23. У больного выявлена левосторонняя верхнеквадратная гемианопсия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение нижней части пучка Грაციоле справа или правая язычная извилина (затылочная доля).

24. У больного имеется спастическая параплегия нижних конечностей, нарушение глубокой чувствительности в них и нарушение поверхностной чувствительности с Д6 по проводниковому типу. Где локализуется процесс?

Ответ: Полное поперечное поражение спинного мозга с уровня Д6.

25. У больного имеются судорожные припадки, начинающиеся с поворота головы и глаз влево. Выражен хватательный рефлекс, снижение обоняния справа, эйфория, снижение критики. Походка неустойчивая.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Лобная доля справа. Поражение задней части второй лобной извилины справа – переднее адверсивное поле, нижние отделы и полюс правой лобной доли.

26. У больного имеется правостороннее поражение отводящего нерва и лицевого нерва по периферическому типу. Левосторонняя центральная гемиплегия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение моста справа, альтернирующий синдром Фовилля.

27. У больного справа имеется птоз века, глаз расположен по средней линии, зрачок расширен, движения глазного яблока отсутствуют, боль в глазнице, снижены все виды чувствительности в области лба и передней волосистой части головы. Корнеальный рефлекс справа отсутствует. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Синдром верхней глазничной щели справа (поражение глазодвигательного (3 чмн), блокового (4чмн), отводящего нервов (6 чмн), 1 ветвь тройничного нерва (5 чмн).

28. У больного имеется правосторонняя гемиплегия, гемианестезия и гемианопсия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Внутренняя капсула слева

29. У больного отмечаются боли в дистальных отделах рук и ног, чувство онемения в них, утрата всех видов чувствительности на руках в виде «перчаток», на ногах - в виде «носков», выпадение на руках карпорадиальных, на ногах – ахилловых и подошвенных рефлексов. При стоянии и ходьбе с закрытыми глазами наблюдается неустойчивость. Определить очаг поражения? Как называется описанный тип расстройств чувствительности?

Ответ: Поражены чувствительные волокна дистальных отделов спинномозговых нервов. Тип расстройства чувствительности называется полиневритическим (дистальная полинейропатия).

30. Больной при сохранности двигательных функций из-за неустойчивости не может стоять и ходить, эйфоричен, слева сглажена носогубная складка, тонус слева в руке и ноге повышен, справа аносмия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение правой лобной доли.

31. У больного наблюдаются приступы, начинающиеся с неприятного ощущения в левой ноге. Где локализуется поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Верхняя часть задней центральной извилины справа. Джексоновская сенсорная эпилепсия.

32. У больного голова свисает на грудь («свислая» голова), повороты ее в сторону не возможны. Плечи опущены, резко затруднено пожатие плечами и поднятие рук выше горизонтального уровня. «Крыловидные» лопатки. Наблюдается атрофия грудино-ключично-сосцевидных и

трапецевидных мышц. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение n. accessorius (добавочного нерва, 11 чмн) с двух сторон.

33. У больного имеется атрофия правой половины языка, язык высовывании отклоняется вправо, паралич верхней и нижней конечности слева. Сухожильные рефлексы слева повышены. Расстройств чувствительности нет. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Альтернирующий синдром Джексона, поражение продолговатого мозга справа. (поражение подъязычного нерва (12 чмн) и кортико-спинального пути справа)

34. У больного миоз, энтофтальм и сужение глазной щели слева, слева определяется вялый парез руки. Где локализуется процесс?

Ответ: Боковые рога спинного мозга слева на уровне С8-Т1 (Синдром Клода-Бернара-Горнера) и передние рога слева С5-Т1 (на протяжении шейного утолщения).

35. Больной не понимает обращенную к нему речь, иногда вместо слов произносит бессмысленные сочетания букв. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Сенсорная афазия, область Вернике - височная доля, в заднем отделе верхней височной извилины доминирующего полушария (слева у правшей).

36. У больного имеется вялый парез рук, в мышцах рук, плечевого пояса отмечаются фибриллярные подергивания. Других нарушений нет.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Передние рога на уровне С5-Т1 (шейное утолщение) на обеих сторонах.

37. У больного имеется глухота на правое ухо, правостороннее периферическое поражение лицевого нерва, отсутствует корнеальный рефлекс справа. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение мостомозжечкового угла: лицевой (7 чмн), преддверно-улитковый (8 чмн) справа.

38. У больного имеется атетоз в обеих руках, насильственные мимические движения, затруднение жевания и глотания вследствие временных спазмов.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение экстрапирамидной системы: стриарной системы (хвостатого ядра)

39. У больного имеется двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко отклонено кнутри, объем движений левого полный. Имеется поражение правого лицевого нерва по периферическому типу. В левых конечностях ослаблена мышечная сила, сухожильные рефлексы в них повышены. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Мост, 6,7 ЧМН и кортико-спинальный тракт справа. Левосторонняя центральная гемиплегия. Альтернирующий синдром Фовилля справа.

40. Больной при сохранности мышечной силы и координации движений не может завязывать шнурки, застегнуть пуговицу, зажечь спичку.

Определить очаг поражения?

Ответ: Апраксия идеаторная, надкраевая извилина теменной доли, доминирующего полушария (слева у правшей).

41. У больного отсутствуют активные движения в ногах. Тонус высокий. Коленный и ахиллов рефлексы повышены, клонусы наколенников и стоп. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Утрачены все виды чувствительности книзу от паховых складок (по проводниковому типу). Отмечена задержка мочи и стула. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: центральная нижняя параплегия, поражение спинного мозга уровень T12-L1

42. У больного имеется правосторонняя гемианопсия, при освещении щелевой лампой левых половин сетчаток реакции зрачков на свет нет. На глазном дне – первичная атрофия зрительных нервов. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: трактузная гемианопсия. Поражен левый зрительный тракт.

43. У больного имеется замедленность всех движений в правой руке, определяется феномен зубчатого колеса, временами легкое дрожание в виде счета монет. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: паллидум слева

44. У больного отмечена левосторонняя гемианестезия, гемианопсия, гемиальгия. Боль в левой половине тела

мучительная, плохо локализуется, не купируется
анальгетиками. Где локализуется очаг поражения?

Ответ : таламус справа

45. Перед общим эпилептическим припадком у больного
появляется кратковременное ощущение неприятных запахов:
горелого мяса, тухлых яиц.

Где локализуется очаг поражения? Как называются
эти ощущение?

**Очаг: височная доля , ункус . Унцинарные припадки,
обонятельные галлюцинации – фокальная эпилепсия**

46. У больного отмечается расстройство мышечно-
суставной чувствительности в пальцах правой кисти, снижение
тактильной чувствительности на правой руке, нарушения
болевого и температурной чувствительности нет.

Где локализуется очаг поражения?

Очаг: ядро Бурдаха справа, продолговатый мозг

47. У больного при открывании рта нижняя челюсть
смещается вправо, объем и скорость движений ее влево
снижены. Справа определяется снижение болевой,
температурной и тактильной чувствительности кожи нижней
губы, нижней части щеки, подбородка, задней части боковой
поверхности лица, слизистой дна ротовой полости, языка,
десен нижней челюсти. Определить очаг поражения?

Очаг: 3-я ветвь тройничного нерва

48. У больного язык внешне не изменен, при
высовывании отклоняется вправо. Где локализуется очаг
поражения?

**Очаг: центральный паралич 12 пары ЧМН, лобная доля
справа**

49. У больного обнаруживается горизонтальный
нистагм при отведении глазных яблок в стороны, походка
шаткая («пьяная»). Шатание усиливается при поворотах,
особенно вправо. При пробе Ромберга падает в правую
сторону. Отмечаются промахивание и интенционное дрожание
при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной пробы
справа. Мегалография. Снижен тонус мышц правой руки

и ноги. Суставно-мышечное чувство сохранено.
Где очаг поражения?

Очаг: мозжечок - правое полушарие

50. Общий судорожный припадок у больного начинается с поворота головы и глаз вправо. Где очаг поражения? Как называется область поражения?

Очаг: задний отдел средней лобной извилины слева. Лобный центр зрения или переднее адверсивное поле

51. У больного имеется спастическая параплегия нижних конечностей утрата всех видов чувствительности с верхней границей на уровне Д3, задержка мочеиспускания и дефекации. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: грудной отдел СМ Th3-уровень

52. У больного справа паралич мимических мышц всей половины лица, надбровный рефлекс отсутствует, нарушены вкусовая чувствительность на передних 2/3 языка, а также справа. Справа наблюдается избыточное слезотечение. Гиперкузии нет. Определить очаг и уровень поражения.

Очаг: периферический паралич лицевого нерва справа, после выхода стременного нерва.

53. Больной ходит мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги полусогнуты. Лицо маскообразное. Тремор пальцев рук типа «счета монет». Тонус мышц конечностей повышен диффузно, определяется симптом «зубчатого колеса». Где локализуется очаг поражения?

Очаг: нарушения экстрапирамидной систем, паллидума.

54. У больного отмечены сужения глазной щели (птоз) и зрачка (миоз). Западение глазного яблока слева (энофтальм). Где очаг поражения?

Очаг: синдром Горнера (боковые рога спинного мозга С8-Th1слева)

55. У больного отмечены астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Больной правша. Где очаг поражения?

Очаг: левая теменная доля (верхняя и нижняя теменные доли, надкраевая и угловая извилины).

57. У больного при сжатии кисти в кулак 1 и 2 пальцы не сгибаются, оппозиция большого пальца невозможна: определяется атрофия мышц в области возвышения большого пальца, снижение чувствительности на ладонной поверхности первых трех пальцев. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: Срединный нерв.

58. У больного птоз справа, появлению которого предшествовало диплопия. После пассивного поднятия века обнаружен мидриаз, отсутствие зрачка на свет и аккомодацию. Глазное яблоко отведено кнаружи (расходящееся косоглазие). Отсутствуют движения глазного яблока внутрь и вверх. Где очаг поражения?

Очаг: Глазодвигательный нерв справа.

59. У больного имеется левосторонняя гемианопсия, при освещении щелевой лампой правых половин сетчаток реакция на свет живая. Глазное дно в норме. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: корковая гемианопсия, tr. geniculocalcarineus dext.

60. У больного тотальная анестезия сегментарного типа от соковой линии до пупка. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: задняя серая спайка на уровне T5-T10.

61. Родственники заметили что, выйдя из комнаты в коридор, больная не знает, как возвратиться обратно, разучилась надевать платье, обувь, пользоваться ложкой, чашкой. Больную приходится кормить. Парезов нет. Больная правша. Где локализуется очаг поражения? Как называются указанные нарушения?

Ответ: левая теменная доля, надкраевая извилина. Апраксия идеаторная.

62. Больной поступил в клинику со следующими явлениями: слева гемиплегия с гипертонией, гиперрефлексией, патологическими рефлексиями. Левая носогубная складка сглажена. Центральный парез мышц половины языка. Где очаг поражения?

Ответ: внутренняя капсула справа, колено и передняя 2/3 часть задней ножки

63. У больного имеется диссоциированная анестезия: на правой половине лица выпала болевая и температурная чувствительность. Где очаг поражения?

Ответ: nucleus tractus thalamicus V n.(справа).

64. У 10-летнего ребенка появились непроизвольные сокращения мышц конечностей, лица и туловища. Насильственные движения возникают в различных частях тела, как в покое, так и при произвольных движениях. Больной то зажмурит глаза, то высунет язык, гримасничает, то закинет руку, то ногу. Мышечный тонус снижен. Где локализуется очаг поражения? Как называется синдром?

Ответ: поражение стриарной системы, гиперкинетико-гипотонический синдром. Малая хорея.

65. У больного слева отсутствует разгибание пальцев и кисти, отведение большого пальца. Мышечный тонус в разгибателях кисти снижен, анестезия на тыле большого пальца. Сухожильные рефлексы на руках умеренной живости, равномерны. Определить очаг поражения?

Ответ: периферическое поражение лучевого нерва, на уровне нижней трети плеча

66. У больного слева выявляется периферический паралич лицевого нерва. Объем, сила и скорость движений в правых конечностях резко снижены. Отмечается справа повышение мышечного тонуса, гиперрефлексия с расширением рефлексогенных зон, патологические рефлексы. Где очаг поражения? Как называются такие синдромы?

Ответ: поражение на уровне моста слева, альтернирующий синдром (Мийера-Гублера).

67. У больного левосторонняя моноплегия руки. Мышечный тонус в ней резко снижен. Арефлексия и атрофия мышц слева. В руке утрачены все виды чувствительности, отмечается выраженный болевой синдром. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: периферический паралич, плечевое сплетение слева.

68. У больного справа обнаружен паралич всех мимических мышц: резко опущен угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, при наморщивании лба складки справа не образуются. Слезотечение

	<p>из правого глаза. Гиперкузия. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка правой половины языка. Где очаг поражения?</p> <p>Ответ: поражение лицевого нерва ниже барабанной струны, между большим каменистым и стременным нервом.</p> <p>69. У больного имеется периферический паралич ног с тотальной анестезией по проводниковому типу. Задержка мочеиспускания и дефекации. Где очаг поражения?</p> <p>Ответ: поражение спинного мозга, на уровне начала поясничного утолщения.</p> <p>70. Больного беспокоит затруднение при ходьбе. Объективно: гипомимия, замедленность темпа произвольных движений, походка мелкими шаркающими шагами, пропульсии при ходьбе. Мышечный тонус повышен по пластическому типу. Где очаг поражения? Как называется синдром?</p> <p>Ответ: черная субстанция, паллидарная система. Гипертонико-гипокинетический синдром.</p> <p>71. У больного имеется нарушения глотания, фонации и артикуляции. Язык атрофичен, в нем видны фибриллярные подергивания. Где локализуется очаг поражения? Как называется синдром?</p> <p>Ответ: продолговатый мозг, в области 9,10,12 ядер ЧМН, с обеих сторон. Бульбарный синдром.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Общая неврология»</p>	<p>1. Больной Е., 52 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. 20 минут назад внезапно потерял сознание, упал на улице. Наблюдалась многократная рвота.</p> <p>При осмотре: сознание утрачено, больной повышенного питания, лицо гипиремировано. Пульс ритмичный 64 удара в мин. Акцент второго тона на аорте, АД 200/120 мм рт.ст. Дыхание шумное, ритмичное 32 в мин. Зрачки расширены, левый больше правого, на свет не реагируют. Глаза повернуты влево. «Парусит» правая щека. На болевые раздражения больной не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них снижен. Сухожильные рефлексы справа отсутствуют. Рефлекс Бабинского с обеих сторон, ярче справа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы . 2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза. 4. Провести дифференциальный диагноз. 5. Укажите принципы терапии. <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общемозговой синдром (уровень нарушения сознания – кома II (по Коновалову); <p>Очаговые синдромы в виде правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН и коркового пареза зрения.</p>

Поражена левая внутренняя капсула и кора лобной доли с центром зрения в заднем отделе средней лобной извилины.

2. I61.1 Геморрагический инсульт в бассейн левой средней мозговой артерии, правосторонняя гемиплегия, парез зрения, кома II, острейший период.
3. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ головного мозга с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.
4. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.
5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

2. Больной 60 лет, грузчик. При подъеме тяжести почувствовал сильную головную боль и шум в ушах, затем появилась рвота. Потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику.

Объективно: Больной возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается встать, несмотря на запреты. Тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт.ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Парезов конечностей нет. Общая гиперестезия. Определяется ригидность мышц затылка 4 см и симптом Кернига с обеих сторон. Отмечалась рвота 2 раза.

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, соски зрительных нервов отечны, границы их нечетки.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Синдромы: - общемозговой, менингеальный.

Поражены мозговые оболочки.

2. I60.9 Субарахноидальное кровоизлияние.
3. Методом выбора в диагностике субарахноидального кровоизлияния является КТ головного мозга, при негативных данных КТ показана люмбальная пункция с анализом ликвора; ЭКГ, общий и биохимический анализ крови. В дальнейшем – МР (КТ)-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.
4. Диф. диагноз с ЧМТ, менингитом.
5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии, при аневризме – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

3. Больной 63 лет. Утром после сна, почувствовал головокружение и слабость левой руки и ноги. Слабость прогрессировала, и в течение трех часов развился паралич левых конечностей, а также стал плохо видеть правым глазом.

Объективно: АД 110/70 мм рт.ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой сонной артерии.

Офтальмолог: острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,05. Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты.

Сглажена левая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется влево. Отсутствуют активные движения в левых конечностях, тонус мышц в них повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется левосторонняя гемипарестезия.

Анализ крови: СОЭ – 10 мм/час, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 113%.

ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, больше в правом полушарии.

При каротидной ангиографии обнаружена закупорка правой сонной артерии на 3см выше разделения общей сонной артерии на её основные ветви.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Очаговый оптико-пирамидный синдром в виде амблиопии справа и центральной гемиплегии с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезией слева.

Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы) и правый зрительный нерв.

2. I63.3 Ишемический атеротромботический инсульт в бассейне правой внутренней сонной артерии, левосторонняя центральная гемиплегия, амблиопия справа, острейший период.

3. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

5. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний (лучший вариант в сочетании с тромбоэкстракцией), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

4. Больная Б., 45 лет, доставлена в приёмное отделение машиной скорой помощи. Из анамнеза: на работе внезапно упала, потеряла сознание. Окружающие наблюдали у больной судороги, которые были в левых конечностях в течение 1 минуты. По приезде врач скорой помощи отметил сопорозное состояние сознания и отсутствие движений в левых конечностях.

При осмотре: больная в сознании, но сонлива. В контакт вступает неохотно, жалуется на головную боль. Рассказала, что 10 лет находится на диспансерном учёте по поводу ревматического порока сердца. Около месяца назад дома внезапно ощутила онемение и слабость в правой руке, в течение часа не могла говорить. Через сутки сила в руке восстановилась и к врачу больная не обращалась.

Объективно: лицо бледное, пульс ритмичный, 90 уд/мин. Над областью сердца выслушивается систолический и диастолический шумы, хлопающий первый тон, АД 110/80 мм рт. ст. Дыхание свободное, 20 в мин.

В неврологическом статусе: зрачки равномерные. Ориентировочным методом определяется левосторонняя гомонимная гемианопсия. Опущен левый угол рта. Язык при высовывании отклоняется влево. Активные движения в левой руке и ноге отсутствуют. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. На левой стопе вызывается патологический рефлекс Бабинского. Левосторонняя гемианестезия. Тонико-клонические судороги в левых конечностях повторились.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. общемозговой синдром: оглушение – сопор; синдром очаговой симптоматики – левосторонняя центральная гемиплегия с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезия и гомонимная гемианопсия слева.

Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы).

2. I63.4 Ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемианестезия, гомонимная гемианопсия, острейший период .

3. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний, гепарина(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

5. В приемное отделение доставлен больной 55 лет, страдающий в течении десяти лет гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, у которого после физического напряжения появилась сильная головная боль, повторная рвота, затем он потерял сознание.

В неврологическом статусе: сознание утрачено, анизокория, левый зрачок шире правого, сглажена правая носогубная складка, правосторонняя гемиплегия с высоким мышечным тонусом и высокими сухожильными рефлексамии, с симптомом Бабинского. Ригидность затылочных мышц, положительн с-м Кернига, с-мы Брудзинского. Температура тела 37,1гр., АД-210/120 мм.рт.ст.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.

2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

4. Провести дифференциальный диагноз.

5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Синдромы: общемозговой синдром, менингеальный синдром, очаговый синдром в виде центральной правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН справа.

Поражена внутренняя капсула и подкорковые узлы в левом полушарии.

2. I61.1 Геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, центральная правосторонняя гемиплегия, кома, острейший период .

3. КТ (МРТ) головного мозга, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, коагулянты, нимодипин.

6. Больной 68 лет на протяжении ряда лет жаловался на головную боль, шум в голове, плохую память, бессонницу. Днем поворачивался, внезапно почувствовал головокружение, упал. Сознание не терял. Появилась икота, общая слабость, стало трудно глотать.

В приемном отделении: Больной в сознании, на вопросы отвечает правильно, ориентирован в месте и во времени. Обоняние не нарушено. На глазном дне сосуды склерозированы. Острота зрения обоих глаз 1,0. Правый зрачок шире левого. Реакция зрачков на свет и конвергенцию вялая. Энофтальм слева. Неполный птоз верхнего века левого глаза. Горизонтальный нистагм влево. Аналгезия, терманестезия кожи левой половины лица. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа—отчетливый. Движения нижней челюсти не ограничены. Асимметрии лица нет. Неподвижность левой половины мягкого неба и паралич левой голосовой связки. Дисфагия, дизартрия.

Язык по средней линии. Активные движения в конечностях в полном объеме, мышечная сила в них 5 баллов, промахивание при пальце-носовой пробе левой рукой, при пяточно-коленной пробе — левой ногой. Тонус мышц левой руки и ноги понижен. Болевая и температурная чувствительность на правой половине туловища, правой руке и ноге отсутствуют. Проприоцептивная чувствительность не нарушена. Сухожильные и периостальные рефлексии на руках, коленные и ахилловы рефлексии равномерно оживлены. Брюшные рефлексии равны. Патологических рефлексии нет. Симптом Маринеску-Радовичи с обеих сторон. Симптома Кернига и ригидности затылочных мышц нет. Артериальное давление 90/50. Тоны сердца приглушены. Пульс 68, аритмичный. Общий анализ мочи и крови без патологии.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I63.5 Острое нарушение мозгового кровообращения по типу ишемического инсульта в бассейне левой задней нижней мозжечковой артерии. Синдром Валленберга— Захарченко. Острейший период.

2. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

7. Больная 40 лет страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала. Вызвана КСП. В приемном отделении: Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. Зрачки расширены. Реакция зрачков на свет отсутствует. Маятникообразное, медленное движение глаз в горизонтальном направлении — «плавающие глаза». На уколы лица не реагирует. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа — ослаблен, опущен левый угол рта Симптом «паруса» левой щеки. Из правого угла рта выделяется пенистая слюна. Руки приведены к туловищу, кисти согнуты и пронированы, пальцы собраны в кулаки. Ноги вытянуты, повышение мышечного тонуса в разгибателях. Периодически отмечаются приступы сильнейшего тонического спазма мышц, преимущественно в проксимальных отделах конечностей по 20-30с, затем тонус снижается. Это сопровождается общим беспокойством, учащением пульса и дыхания, иногда на высоте приступа наблюдаются круговые движения глазных яблок. Ригидности мышц затылка нет. На уколы туловища не реагирует. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон.

Во время осмотра была рвота. Пульс 106, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД— 230/120. Температура 37,5° Лейкоцитоз 8600*10⁹. Дыхание Чейн-Стокса.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Укажите принципы терапии.

Ответы:

1. I61.1 Кровоизлияние в правое полушарие головного мозга с прорывом в боковой желудочек. Горметонический синдром. Кома 2ст.

2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ ГМ с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью.

4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

8. Больной Т. 18 лет доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» из юношеской спортивной школы. Во время тренировки внезапно вскрикнул, потерял сознание, упал. Травмы черепа не было. О случившемся по телефону сообщено родителям. Мать больного рассказала, что он рос и развивался нормально. Спортивную школу посещает 2 года. Около двух месяцев назад стал жаловаться на пульсирующий шум в правом ухе, к врачу не обращался. Ежегодно осматривается во врачебно-физкультурном диспансере, отклонений в состоянии здоровья не отмечено.

При осмотре: сознание утрачено. Пульс ритмичный, 110 ударов в мин. Тоны сердца приглушены, АД— 100/60. Дыхание типа Чейн-Стокса. Зрачки широкие, реакция на свет отсутствует. Корнеальные рефлексы утрачены. Резкое напряжение мышц разгибателей конечностей, руки и ноги вытянуты. Мышцы на ощупь твердые, пассивное сгибание невозможно. Сухожильные рефлексы высокие, клонусы надколенников и стоп. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца. Из-за резкого напряжения мышц симптом Кернига проверить не удастся. Непроизвольное мочеиспускание.

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их четкие, сосуды не изменены.

Люмбальная пункция: ликвор вытекает под давлением, интенсивно окрашен кровью.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I61.1 G93.6 G93.5 Массивное субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние с прорывом крови в желудочки. Отек мозга, дислокация и сдавление ствола мозга. Запредельная кома.

2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии– оперативное вмешательство, по удалению аневризмы, нимодипин, осмотические диуретики.

9. Больной К, 47 лет утром после вставания с кровати упал из-за слабости в ногах. Вызвал КСП.

В неврологическом статусе: у больного выявлены отсутствие движения в ногах, снижение мышечного тонуса в них, повышение коленных и ахилловых рефлексов с обеих сторон, двусторонние патологические знаки Бабинского и Россолимо, отсутствие брюшных рефлексов, наличие защитных рефлексов и клонусов стоп и надколенников с обеих сторон. Имеется нарушение болевой и температурной чувствительности с Д7-8, нарушение глубокой чувствительности в ногах, задержка мочеиспускания. Менингеальных знаков не выявлено.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I63.8 Спинальный ишемический инсульт, нижняя центральная параплегия, проводниковая тотальная анестезия, задержка мочи

2. МРТ гр. отдела позвоночника, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с геморрагическим спинальным инсультом, опухолью спинного мозга грудной локализации, рассеянным склерозом, поперечным миелитом.

4. Глюкокортикостероиды, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты, антибиотики широкого спектра. Лечебная физкультура, массаж.

10. Больной В., 72 лет, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правых конечностях и затруднение речи – произносил отдельные слова. Доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой недовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 180/100 мм рт.ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки

одинаковые. Правый угол рта опущен. Положителен хоботковый рефлекс.левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Движения правой ноги ограничены. Сухожильные рефлексы справа снижены. Справа положителен рефлекс Бабинского. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

1. Синдромы очаговой симптоматики в виде:

- центрального правостороннего гемипареза в правых конечностях;
- моторной афазии;
- центрального пареза VII ЧМН справа.

1 Поражен лучистый венец левого полушария головного мозга (или прецентральная извилина и зона Брока левой лобной доли).

2. I63.4 Ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, правосторонний центральный гемипарез, моторная афазия, острейший период .

2. КТ или МРТ, УЗДГ сос. шеи и головы, коагулограмма, липидный спектр крови, УЗИ сердца, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью головного мозга, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний (лучший вариант в сочетании с тромбоэкстракцией), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

11. На приеме девушка 22 лет с жалобами на выпадение волос участками, ломкость ногтей, повышенную сонливость, периодические приступы булимии.

Объективно: повышенного питания, на коже живота бедер отмечаются стрии различной степени давности. В области передней поверхности грудной клетки, живота, на внутренней поверхности правого предплечья участки депигментации кожи. На голове имеется гнездное облысение. Гипертрихоз в области спины, гиперкератоз. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные рефлексы с рук и ног S=D. Патологических рефлексов и менингеальных знаков нет. Координация сохранена.

1. Определить топический диагноз.
2. Обосновать топический диагноз.
3. Чем представлен сегментарный отдел симпатической нервной системы?
4. Что включает в себя надсегментарный уровень вегетативной нервной системы?
5. Описать методы исследования регуляции сосудистого тонуса.

1. Патологический процесс локализуется в гипоталамической области.

2. Проявляется нейродистрофическим синдромом, а также синдромом нарушения сна и бодрствования.

3. Симпатический отдел представлен ядрами боковых рогов спинного мозга от восьмого шейного до второго поясничного сегментов, пограничным симпатическим стволом, прервертебральными и интрамуральными ганглиями.

4. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы: ретикулярная формация; медиобазальные отделы височной доли; лимбическая система; гипоталамическая область; диэнцефалон; вегетативные зоны коры головного мозга(полус лобной доли, премоторная зона, парацентральная долька).

5. Исследование регуляции сосудистого тонуса. Возбуждение симпатической нервной системы приводит к сужению сосудов, возбуждение парасимпатической - к расширению их.

Сосудистую регуляцию исследуют при помощи ряда сердечно-сосудистых рефлексов.

Глазосердечный рефлекс Данини-Ашнера. Вызывают надавливанием на переднебоковые поверхности глазных яблок обследуемого в течение 20-30 сек. В норме пульс замедляется на 8-10 в мин. при повышении тонуса парасимпатической нервной системы пульс замедляется более чем на 10 в мин., при симпатикотонии он остается без изменений или учащается. Пробу следует проводить осторожно, чтобы не вызвать резкого замедления пульса.

Солярный рефлекс. Вызывают надавливанием на солнечное сплетение в течение 20-30 сек. Наступает снижение артериального давления и замедление пульса на 4-12 в мин.

Клиностатическая проба. При переходе обследуемого из вертикального положения в горизонтальное в норме пульс замедляется на 10-12 в мин.

Ортостатическая проба. При переходе обследуемого из горизонтального положения в вертикальное в норме пульс учащается на 10-12 в мин. Больше его учащение, а также замедление расцениваются как показатель вегетативной дисфункции.

12. В отделение поступила девушка 23 лет с жалобами на повышение температуры до 37,5° в течение месяца, приступы повышения температуры до 39° с ознобом, продолжительностью 2 часа Температура снижается самостоятельно без приема медикаментов.

Объективно: общее самочувствие не страдает. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. При термометрии получен монотермический тип кривой. Асимметрия температуры подмышечных впадин, термоинверсия аксиллярной и ректальной температуры.

1. Определить локализацию патологического процесса.
2. Что включает в себя надсегментарный уровень вегетативной нервной системы?
3. Что включает в себя сегментарный уровень вегетативной нервной системы?
4. Какие симптомы характерны для поражения гипоталамуса?
5. Описать методы исследования кожных вегетативных рефлексов.

1. В патологический процесс вовлечена гипоталамическая область. Принимая во внимание ангину в анамнезе можно думать о инфекционно-аллергическом поражении гипоталамической области.

2. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы: ретикулярная формация; медиобазальные отделы височной доли; лимбическая система; гипоталамическая область; диэнцефалон; вегетативные зоны коры головного мозга(полус лобной доли, премоторная зона, парацентральная долька).

3. К сегментарным отделам относятся ядра среднего и продолговатого мозга, ядра боковых рогов спинного мозга, узлы пограничного симпатического ствола.

4. Клинические синдромы поражения гипоталамуса:

нейро-эндокринно-обменный

вегетативно-сосудистый

вегетативно-висцеральный

нарушение терморегуляции

нервно-трофический

нервно-мышечный

нарушение сна и бодрствования

псевдоневротический и псевдопсихопатологический, гипоталамическая эпилепсия

5. Исследование кожных вегетативных рефлексов. В клинике важно исследовать дермографизм - реакцию сосудов кожи на раздражение и пиломоторный рефлекс - рефлекс «гусиной кожи».

Местный дермографизм. Вызывают штриховым раздражением кожи тупым предметом. Белый дермографизм указывает на повышение тонуса симпатической нервной системы, выраженный красный дермографизм - на повышение тонуса парасимпатической нервной системы. Характер местного дермографизма может зависеть от степени давления.

Рефлекторный дермографизм. Определяют путем проведения иглой по коже. Образуется красная полоса. Иннервация сосудо-расширителей обеспечивается центрами спинного мозга, поэтому при поражении периферических нервов и сегментарного аппарата спинного мозга наступает выпадение этого рефлекса в зоне сегмента. Иногда встречается возвышенный дермографизм, при котором в ответ на раздражение возникает приподнятый кожный валик.

Пиломоторный рефлекс. Вызывают быстрым охлаждением кожи эфиром, холодной водой или щипковым ее раздражением в области надплечья. В ответ возникает сокращение гладких волосковых мышц на стороне раздражения. Дуга пиломоторного рефлекса замыкается в спинном мозге. Поражение спинного мозга сопровождается выпадением пиломоторного рефлекса на соответствующем уровне. Рефлекс сохраняется выше и ниже уровня поражения.

13. На приеме мужчина 28 лет с жалобами на покраснение левой половины лица и шеи. Периодическую боль в левой половине лица, шеи. Продолжительность приступов от 1 до 2 часов.

Объективно: во времени и пространстве ригидна, эмоционально лабильна. Отек левой половины лица, особенно век, гиперемия кожи лица и шеи с выраженным потоотделением (дисгидроз) слева Гиперпатия левой половины лица, шеи. Появляется блефароспазм при взгляде на свет. Глазные щели D>S, отмечается опущение верхнего века справа, разница диаметра зрачков D>S. Реакция зрачков на свет сохранена, но слева выражена слабее. Гетерохромия (разный цвет радужной оболочки).

1. Определить топический диагноз.
 2. Обосновать топический диагноз.
 3. Чем проявляется синдром Клода Бернара-Горнера?
 4. Описать клинические проявления синдрома пограничной цепочки.
 5. Описать методы исследования терморегуляции и потоотделения.
1. В данном случае имеется поражение верхнего шейного симпатического узла слева.

2. Отек и гиперпатия, дисгидроз на левой половине лица, синдром Горнера обосновывают топический диагноз.

3. Синдром Клода Бернара-Горнера характеризуется сужением зрачка, уменьшением глазной щели и западением глазного яблока (птоз, миоз, энофтальм). Гетерохромия у детей.

4. Синдром пограничной цепочки:

ганглионит или тунцит

ганглионеврит пограничного симпатического ствола

гипер- или гипогидроз (ангидроз)

гипер- или гипотермия кожи

в подкожной клетчатке могут развиваться отеки, иногда очень плотные, резко ограниченные

небольшое похудание мышц

гиперпатия (каждое болевое раздражение мучительно переживается)

жалобы на парестезии, боли с ощущением жжения, иногда на зуд

5. Исследование терморегуляции и потоотделения. В клинической практике может наблюдаться гипертермия, не связанная с инфекционными заболеваниями. В отдельных случаях отмечаются гипертермические кризы - приступообразные повышения температуры, которые обусловлены поражением диэнцефальной области. Имеет значение также асимметрия температуры - различие между правой и левой половинами тела. Обычно разница

температуры на симметричных участках тела не превышает 0,1 - 0,4°C. При гемиплегиях кожная температура конечностей на стороне паралича ниже, чем на здоровой стороне на 1- 1,5°C.

Исследование потоотделения. Для исследования потоотделения воздействуют на разные уровни потоотделительного рефлекса. Для этого применяют инъекцию пилокарпина (1мл 1% раствора), согревание и назначение внутрь 1 г ацетилсалициловой кислоты или амидопирина. Салицилаты влияют на гипоталамические температурные центры, согревание - на спинальные, пилокарпин - на периферическую вегетативную систему (волокна, узлы).

Для топографического изучения распределения потоотделения применяют пробу Минора. Кожу обследуемого покрывают специальным составом (йод - 15г, касторовое масло - 100мл, спирт 96 % - 900мл) и через несколько минут припудривают крахмалом. Путем согревания вызывают лотовый рефлекс - кожа окрашивается в синий цвет. Участки с отсутствием потоотделения остаются неокрашенными.

При поражениях гипоталамуса нередко нарушается потоотделение на одной половине тела.

14. На приеме женщина 41 года с жалобами на приступообразные жгучие боли в области живота, отрыжку, вздутие живота. Приступы продолжаются около часа ежедневно и заканчиваются обильным мочеиспусканием. Из анамнеза: 7 дней назад получила тупую травму в область эпигастрия.

Объективно: болезненны точки солнечного сплетения - ниже мечевидного отростка. При давлении на живот выше пупка замедляется пульс и понижается артериальное давление. Живот вздут, кожные покровы тела влажные, ознобоподобный гиперкинез.

1. Определить топического диагноза.
2. Обосновать топический диагноз.
3. Какие отделы парасимпатической нервной системы вы знаете?
4. Описать клинические проявления синдрома соларита.
5. Описать симптомы нарушения регуляции мочеиспускания.

Ответ:

1. У больной имеются признаки поражения солнечного сплетения.
2. Об этом свидетельствуют приступообразные сильные боли в подложечной области, сопровождающиеся вздутием живота.

За поражение солнечного сплетения говорит эпигастральный рефлекс - при давлении на область между мечевидным отростком и пупком появляется замедление пульса и понижение артериального давления.

3. Различают краниобульбарный и сакральный отделы парасимпатической нервной системы.

4. Солярит проявляется симптомами: частым мелким пульсом; повышенным артериальным давлением; диареей; олигурией. Нередко болевой синдром комбинируется с диспептическим

5. Симптомы нарушения регуляции мочеиспускания.

Задержка мочи возникает при спазме сфинктера, слабости детрузора или при двустороннем нарушении связей мочевого пузыря с корковыми центрами. При переполнении пузыря сфинктер может частично раскрываться под давлением и моча выделяется каплями. Такое явление носит название парадоксальной ишурии.

Временная задержка мочи при двустороннем нарушении связей мочевого пузыря с корковыми центрами сменяется недержанием мочи вследствие «растормаживания» спинальных сегментарных центров. Это недержание является автоматическим, непроизвольным опорожнением мочевого пузыря по мере его наполнения и называется перемежающимся, периодическим недержанием мочи.

Недержание мочи при поражении спинномозговых центров отличается от перемежающегося тем, что моча постоянно выделяется по каплям по мере ее поступления в мочевой пузырь. Такое расстройство называется истинным недержанием мочи, или параличом мочевого пузыря.

15. В отделение поступил юноша 18 лет с жалобами на приступы сердцебиения с одышкой и ознобом, с подъемом температуры тела до 39° и артериального давления до 140/100 мм.рт.ст, во время приступа ощущает резкое чувство страха.

Из анамнеза: год назад была закрытая черепно-мозговая травма, лечился в стационаре. Через 3 месяца после ЧМТ появились приступы. Перед приступом жалуется на давящую головную боль, боль в животе, давящую боль в области сердца, подъем температуры до 38°-39°, озноб, повышенную потливость, чувство тревоги. Во время приступа в сознании. Частота приступов варьирует 1-3 раза в неделю. После приступа чувство слабости и разбитости отмечает в течение суток.

Объективно: Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. Дермографизм розовый, стойкий. Извращение ортостатической пробы Ашнера. Гипергидроз общий и локальный. Кожа в виде "гусиной".

1. Как расценить описанные приступы?

2. Когда возникают вегетативно-сосудистые кризы?

3. Описать симптомы влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы на различные органы.

4. Какие клинические симптомы характерны для синдрома Клода Бернара-Горнера?

В данном случае имеется сочетание вегетативно-сосудистого и вегетовисцерального кризов.

	<p>Подтверждением вегетативно-сосудистого криза являются симптомы: сердцебиение, повышение температуры, одышка, потливость, головная боль, озноб, повышение артериального давления.</p> <p>На вегетативно-висцеральный криз указывает появление болей в желудке.</p> <p>2. Вегетативно-сосудистые кризы возникают при поражении гипоталамической области</p> <p>3. Влияние симпатического отдела:</p> <p>на сердце — повышает частоту и силу сокращений сердца.</p> <p>на артерии — не влияет в большинстве органов, вызывает расширение артерий половых органов и мозга, сужение коронарных артерий и артерий легких</p> <p>на кишечник — угнетает перистальтику кишечника и выработку пищеварительных ферментов.</p> <p>на слюнные железы — угнетает слюноотделение.</p> <p>на мочевой пузырь — расслабляет мочевой пузырь.</p> <p>на бронхи и дыхание — расширяет бронхи и бронхиолы, усиливает вентиляцию лёгких.</p> <p>на зрачок — расширяет зрачки.</p> <p>5. Синдром Клода Бернара-Горнера характеризуется сужением зрачка, уменьшением глазной щели и западением глазного яблока (птоз, миоз, энофтальм). Гетерохромия у детей.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Частная неврология»</p>	<p>1.К врачу обратился молодой человек 20 лет с жалобами на нарастающую слабость в проксимальных отделах верхних конечностей в течение последних 6 месяцев. При осмотре: гипотрофия плечевого пояса и проксимальных отделов верхних конечностей, снижена скорость выполнения активных движений в проксимальных отделах рук, мышечная сила в них 4-х б., гипотония и гипорексия верхних конечностей. Крыловидные лопатки, губы «тапира», полированный лоб. Дедушка пациента страдал неизвестным наследственным заболеванием.</p> <p>1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10</p> <p>2) Какой тип наследования данного заболевания</p> <p>3) Какие методы необходимо провести для верификации диагноза</p> <p>4) Прогноз течения заболевания и лечение.</p> <p>5) Реабилитация и диспансерное наблюдение у невролога.</p> <p>Эталон ответа (код по МКБ 10: G71.0)</p> <p>1) Плече-лопаточно-лицевая миодистрофия Ландузи- Дежерина</p> <p>2) Аутомно-доминантный тип наследования</p> <p>3) ДНК-исследование, ЭНМГ</p> <p>4) Прогноз относительно благоприятный и зависит от формы заболевания. Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксилаза), витамины группы В, ЛФК, массаж.</p> <p>5) Индивидуальная программа реабилитации в полном объеме может быть составлена лишь для больных с поздними и медленно прогрессирующими формами ПМД (Ландузи-Дежерина, Беккера, Эрба-Рота):</p> <p>-Медицинская реабилитация предусматривает регулярную медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, массаж, санаторно-курортное лечение, снабжение ортопедической обувью, фиксирующими аппаратами; иногда применяются реконструктивные хирургические операции.</p>

-Профессиональная реабилитация: а) при некоторых формах ПМД — профессиональная ориентация и профобучение в техникуме, профтехучилище (экономист, правовед, технолог-нормировщик, часовщик и др.); б) трудоустройство инвалидов III группы (возможно лишь с учетом противопоказаний, в комфортных условиях по I категории тяжести); в) некоторые больные (в основном имеющие среднее и высшее образование) могут быть приспособлены к работе в индивидуальных, в частности надомных, условиях.

-Социальная реабилитация включает снабжение бытовыми приспособлениями (с учетом характера двигательного дефекта), бесплатными лекарствами, средствами передвижения (кресло-коляска); обучение самообслуживанию. Нередко важна психологическая помощь семье и обучение навыкам ухода за тяжелыми больными с мышечной дистрофией.

Диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в 6 месяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет.

2. У врача на осмотре мальчик 14 лет с жалобами на слабость в ногах, быструю утомляемость при стоянии, периодические боли и ощущение онемения в в стопах. В неврологическом статусе: симметричная мышечная слабость в дистальных отделах ног (свисающие стопы), гипотрофия голеней, конфигурация ног по типу «перевернутых бутылок», походка перонеальная, снижение коленных рефлексов, ахилловы рефлексы не вызываются, гипестезия по типу «носков».

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какие методы для верификации диагноза необходимы
- 3) Прогноз течения заболевания и возможное лечение.
- 4) Диспансерное наблюдение у невролога

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G60.0)

- 1) Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тута
- 2) ДНК диагностика, ЭНМГ
- 3) Прогноз: заболевание медленно прогрессирует, не сказывается на продолжительности жизни. Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксилаза), витамины группы В, ЛФК, массаж.
- 4) Диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в 6 месяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет

3. Больная М., 16 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость в ногах. Стало трудно подниматься по лестнице, вставать со стула, с пола. Из анамнеза выяснилось, что болезнь развивается медленно, постепенно без видимой причины. С 10-12 летнего возраста начала отставать от сверстников на уроках физкультуры, особенно при беге, с 14 лет бегать совсем не может. К 16 годам стало трудно подниматься по лестнице и по ступенькам в транспорте. Каких-либо инфекционных заболеваний или травм не было. При исследовании в клинике патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

В неврологическом статусе: общемозговых, менингеальных симптомов не отмечено. Имеется парез проксимальных отделов рук и ног. Атрофия мышц плечевого пояса с 2-х сторон, крыловидные лопатки». Тонус мышц рук понижен, сухожильные рефлексы сохранены. В ногах также отмечена гипотония мышц, гипотрофия, больше выраженная в проксимальных отделах. Сухожильные рефлексы: коленные – отсутствуют, ахилловы – снижены. Чувствительных нарушений не выявлено, координация не страдает. При вставании с пола нужен упор, «карабкается по себе». Тазовые функции не нарушены. Родители здоровы, старший брат больной также ходит с трудом из-за слабости ног.

Клинический анализ крови и мочи без патологии. Глазное дно: не изменено. Рентгенография легких: без особенностей. Прозериновый тест «отрицательный». ЭНМГ: снижение биопотенциалов в мышцах проксимальных отделов рук и ног и дистальных отделов ног. ЭЭГ без патологии.

Вопросы

1. Топический диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

3. Клинический диагноз, код по МКБ-10?
 4. С какими болезнями надо проводить дифференциальный диагноз?
 5. Основные принципы лечения.
 6. Дайте прогноз жизни, трудовой деятельности.
 7. По какому типу наследуется данное заболевание?
 8. Будет ли болен ребенок у данной больной, если она захочет стать матерью?
 Эталон ответа (код по МКБ 10: G71.0)
 У больной нет поражения нервной системы. Страдают сами мышцы. Топический диагноз ставится путем исключения поражения других отделов нервной системы. Если у больной имеется периферический парез рук и ног (атрофия мышц, гипотония), то 1-й центральный двигательный нейрон не страдает. Если бы страдали передние рога спинного мозга, то наблюдались бы фасцикуляции мышц, и изменения на ЭМГ (высокоамплитудные единичные «залпы»). Если бы страдали передние корешки, периферический парез соответствовал бы пораженным сегментам, на ЭМГ были бы фасцикуляции. При поражении спинномозговых нервов, сплетений и периферических нервов периферический парез был бы в зоне этих поражений и наблюдались бы нарушения чувствительности. При поражении синапса (места передачи импульса с нерва на мышцу) наблюдалась бы миастеническая слабость (усиление пареза при физической нагрузке; улучшение – при прозериновой пробе). Остается поражение самих мышц. Данные ЭМГ это подтверждают.

2. Для уточнения диагноза можно провести исследование КФК, лактатдегидрогеназы и миоглобина в сыворотке крови, собрать генеалогические данные и проанализировать их. Необходимо осмотреть (обследовать) брата больной.

3. Прогрессирующая мышечная дистрофия, вероятнее всего форма Эрба-Рота.

4. Дифференциальный диагноз надо проводить с такими заболеваниями как миастения, невральные формы мышечных дистрофий, спинальными амиотрофиями (Кугельберга-Веландера).

5. В связи с отсутствием этиологического и патогенетического лечения назначают лечение симптоматическое – АТФ, витамин Е, церебролизин, рибоксин, преднизолон, массаж, ЛФК.

6. Прогноз для жизни - обычно при хорошем уходе больные доживают до 45-50 лет. Нетрудоспособна.

7. Данное заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу.

8. При аутосомно-рецессивном типе наследования ребенок получит только один патологический ген от матери и, следовательно, болезни у него не будет, так как второй ген он получит от отца, Предполагается, что супруги не состоят в кровном родстве.

4. На приеме ребенок 4 лет с жалобами со слов мамы на постепенно развившуюся слабость в ногах, стал с трудом подниматься по лестнице, часто падать. Совсем не может бегать, изменилась походка. Из анамнеза: ребенок от I беременности, I родов. Роды в срок, масса при рождении 3370. До 3 лет развивался соответственно возрасту. Сел в 6 месяцев, пошел в 10 месяцев.
 Объективно: на осмотр реагирует адекватно, психическое развитие соответствует возрасту. Сила мышц в проксимальных отделах нижних конечностей, а также длинных мышц спины снижена. Выраженный поясничный лордоз. Псевдогипертрофия икроножных мышц: при пальпации икроножные мышцы плотные. Четырехглавые мышцы дряблые. Свообразно встает из горизонтального положения: сначала поворачивается на живот, затем, упираясь руками в пол, становится на четвереньки; разгибая колени выпрямляет ноги, после чего перебирая руками по ногам выпрямляется (симптом «лестницы»). Походка «утиная». Сухожильные рефлексы с рук живые S=D, коленные abs, ахилловы – снижены S=D. Все виды чувствительности сохранены. Функция тазовых органов не нарушена.
 Анализ мочи: содержание креатина в суточной моче 200мг (норма 70мг), креатинина 280мг (норма 350-400мг). Выявлена гипераминоацидурия.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
 2. Какие еще исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
 3. Прогноз при данном заболевании.
 4. На что направлена терапия при данном заболевании?

5. Дать определение мышечных дистрофий. Какие виды мышечных дистрофий вы знаете?

Ответ: (код по МКБ 10: G 71.0)

1. Наследственная нервно-мышечное заболевание – псевдогипертрофическая форма Дюшена.

2. На ЭМГ с пораженных мышц будет отмечаться снижение амплитуды регистрируемых потенциалов при произвольных движениях.

3. Мышечная дистрофия Дюшена - одна из самых тяжелых и быстро прогрессирующих форм. К 12 годам больные обычно теряют способность передвигаться, а к 20 годам большинство из них погибает.

4. Не существует способов предотвратить или замедлить прогрессирование мышечной слабости при мышечной дистрофии. Терапия направлена главным образом на борьбу с осложнениями, такими, как деформация позвоночника, развивающаяся вследствие слабости мышц спины, или предрасположенность к пневмониям, обусловленная слабостью дыхательных мышц. В этом направлении достигнуты определенные успехи, и качество жизни больных с мышечной дистрофией улучшилось. Сейчас многие больные, несмотря на свой недуг, могут вести полноценную и продуктивную жизнь.

5. Мышечные дистрофии — это группа хронических наследственных миопатий, которые характеризуются прогрессирующим течением и специфическими гистологическими изменениями. Современные исследования в области молекулярной генетики расширили понимание патофизиологии многих видов дистрофии. Наиболее значимые дистрофии — это наследственные сцепленные с X-хромосомой дистрофинопатии — мышечные дистрофии Дюшена и Беккера, а также наследуемые по аутосомно-доминантному типу лице-плече-лопаточная, миотоническая, конечностно-поясная, окулофарингеальная и прогрессирующая офтальмоплегическая мышечные дистрофии.

5. На приеме мальчик 12 лет с жалобами на затруднение активных, произвольных движений в руках. С большим трудом начинает движение, а сделав его, не может сразу расслабить сократившиеся мышцы; если возьмется за предмет, то не может его быстро отпустить.

Из анамнеза: данные симптомы появились два года назад. Отмечает, что ухудшение самочувствие происходит при стрессовых ситуациях. Отец ребенка с юношеских лет страдает подобным заболеванием.

Объективно: ребенок атлетического телосложения. При смехе лицо больного застывает, возникает «гримаса смеха». С трудом начинает разговор, а потом говорит свободно. Все движения делает с паузой, последующие движения уже становятся свободными. При исследовании сухожильных рефлексов отмечается быстрое сокращение мышц и замедленное их расслабление. Сила мышц верхних и нижних конечностей несколько снижена и не соответствует их развитию. При механическом раздражении путем короткого удара неврологическим молотком в соответствующее место возникает «мышечный валик», который исчезает только через 10-20 секунд. Атрофии мышц и фибриллярных подергиваний не выявлено. Чувствительность не нарушена.

1. Клинический диагноз и и зашифруйте по МКБ-10.

2. Путь наследования данного заболевания.

3. Дать определение миотонии.

4. Какие виды миотоний существуют по классификации?

5. Частота встречаемости в популяции

Ответ: (код по МКБ 10: G 71.1)

1 Врожденная миотония Томсона.

2. Наследуется по аутосомно-доминантному типу.

3. Миотония – это группа заболеваний, характеризующихся наличием миотонического феномена в виде замедленной релаксации мышцы после ее сокращения.

4. Различают врожденную, атрофическую, холодовую и парадоксальную миотонию.

5. Частота встречаемости 0,3-1-на 400000 семей.

6. Больной 53 лет в находясь в деревне во время физической нагрузки внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отмечает нарушение мочеиспускания. При осмотре: вялый асимметричный нижний парапарез, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

1. Топический диагноз?
2. Предварительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
3. Обследование?
4. Тактика ведения больного?

Ответ: (код по МКБ 10: G83.4)

1. Синдром конского хвоста.
2. Вертеброгенный генез - задняя центральная грыжа поясничной локализации. Возможна невринома конского хвоста.
3. МРТ, КТ.
4. Госпитализация в нейрохирургическое отделение

7. Больной Р., 38 лет. По профессии - водитель автомобиля. В течение 5 лет периодически после физической нагрузки ощущал кратковременные боли в пояснице, которые проходили после отдыха и местноанестезирующих мазевых растираний. Накануне обращения поднял груз. Возникла резкая боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу, не мог «разогнуться».

Неврологически: напряжение мышц поясничной области. Сколиоз. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены из-за боли. Болезненность при пальпации паравертебральных точек L4- L5- S1 справа. Ахиллов рефлекс справа снижен. Выявляется снижение болевой чувствительности по наружной поверхности правой голени. Положителен симптом Ласега справа под углом 30 градусов.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

Эталон ответа (код по МКБ 10: M 54.1)

1. Обострение хронической вертеброгенной пояснично- крестцовой радикулопатии.
2. Необходимо дифференцировать с метастатическим поражением позвоночника, туберкулёзным спондилитом.
3. Нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, местноанестезирующие растирания, физиотерапевтическое лечение (диадинамические токи).
4. Рентгенография пояснично- крестцового отдела позвоночника, общий анализ крови, общий анализ мочи.

8. Пациент 32 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре: походка анталгическая, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5-S1 слева, положительный симптом Ласега 45 градусов слева, ахиллов рефлекс слева отсутствует, гипестезия по наружному краю голени слева.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: M51.1+G 55.1)

1. Дискогенная радикулопатия L5-S1 слева.
2. Рентгенография пояснично-крестцового отдела, МРТ пояснично-крестцового отдела.
3. Дифференциальная диагностика с опухолью пояснично-крестцового отдела позвоночника, болезнью Бехтерева.

4. НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия, местное применение НПВС, медикаментозная блокада.

9. Пациент 45 лет, ювелир, после нескольких часов работы без перерыва возникла боль, распространяющаяся от шеи и лопатки по задненаружной поверхности правого плеча и дорсальной поверхности предплечья ко II и III пальцам. В анамнезе имели место боли в шейном отделе позвоночника, которые облегчались приемом НПВС. При вертеброневрологическом осмотре выявлено ограничение движений в шее, больше ограничен поворот и наклон головы вправо, гипестезия в области II-III пальцев правой кисти, снижение рефлекса с сухожилия трехглавой мышцы справа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: М 50.1)

1. Дискогенная радикулопатия С6-С7 справа.
2. Рентгенография шейного отдела, МРТ шейного отдела позвоночника.
3. Дифференциальная диагностика с туберкулезным спондилитом, экстремедуллярной опухолью шейных сегментов спинного мозга.
4. НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия, местное применение НПВС.

10. Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные пульсирующие боли в правой половине головы, возникающие после переутомлений и эмоционального напряжения. Страдает головными болями с 13 лет. Подобными головными болями страдают мать и две родные тети. Боли иррадируют в правый глаз и верхнюю челюсть. На высоте головной боли, отмечается тошнота иногда рвота. Приступ длится несколько часов. Проходит после длительного сна или инъекций анальгетиков. Приступы повторяются - 1-2 раза в месяц. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Назначьте лечение в период приступа головной боли.
5. Есть ли необходимость в проведении превентивной терапии? Ваши рекомендации по лечению в межприступный период.

Эталоны ответов: (код по МКБ 10: G 43.0)

1. Мигрень без ауры
2. - Другими видами первичных головных болей (головная боль напряжения, кластерная ГБ, пароксизмальные гемикрании);
 - цервикогенная головная боль;
 - тригеминальная невралгия;
 - дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;
 - аневризма головного мозга;
3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии ГМ)
4. - НПВС, кофеинсодержащие препараты (аскофен, цитрамон) + кофе, какао;
 - препарат эрготамина и дигидроэрготамина (Дигидергот - назальный спрей), комбинированные препараты (Номигрен (Эрготамин +Кофеин);
 - триптаны (суматриптан, золмитриптан).
5. - Бета-адреноблокаторы (анаприлин, пропранолол, бисопролол, метопролол);
 - блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нимодипин);
 - антиконвульсанты (вальпроаты, топирамат);
 - антидепрессанты (ТЦА (амитриптилин, венлафаксин);

11. Молодая женщина, 25 лет, вышла на работу через год после рождения ребенка, отдав его в ясли. Половину дня работает вне дома и частично берет работу на дом, занимается компьютерной графикой. В течение последних

месяцев стала беспокоить периодическая головная боль, стягивающего характера, двухсторонняя, средней или легкой интенсивности, за это время было около 10 таких эпизодов. Продолжается головная боль в течение целого дня, обычно не мешает выполнять домашнюю работу и не нарушает сон. За этот период времени характер головных болей никак не изменился, тошноты и рвоты не бывает. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено, при пальпации перикраниальных мышц определяется умеренная болезненность.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больной.

4. Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

Эталоны ответов : (код по МКБ 10: G 44.2)

1. Частая эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц.

2. - С другими видами первичных головных болей (мигрень, кластерная ГБ, пароксизмальные гемикрании, сосудистая головная боль);

- цервикогенная головная боль;
- дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;

- опухоли головного мозга;

3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии ГМ).

4. - НПВС по потребности (не злоупотреблять во избежание развития абзусного характера головной боли);

- миорелаксанты (tizанидин, толперизон);

- антидепрессанты (амитриптиллин, миртазапин, венлафаксин);

- массаж шейно-воротниковой зоны, мягкие мануальные методики;

- ИРТ, ЛФК.

- нормализация режима труда и отдыха (полноценный 7-8-часовой ночной сон)

12. Мужчина 38 лет обратился к врачу в связи с возникновением у него (второй раз в жизни) приступов головной боли, в области левого глаза, очень сильных, нестерпимых, сопровождающихся покраснением глаза, слезотечением, заложенностью левой половины носа, продолжительностью около 1 часа, возникают до 3-4 раз в день, а также каждую ночь, в одно и тоже время. В первый раз подобные приступы (2 года назад) продолжались 2 недели, затем внезапно прекратились.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Предложите план обследования больного.

4. Назначьте лечение.

Эталоны ответов: (код по МКБ 10: G 44.0)

1. Эпизодическая кластерная головная, обострение.

2. - Другими видами первичных головных болей (мигрень, пароксизмальные гемикрании);

- цервикогенная головная боль;

- тригеминальная невралгия;

3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии головного мозга).

4. Лечение приступа ГБ:

- кислородные ингаляции;

- спрей с лидокаином;

- препарат эрготамина и дигидроэрготамина (Дигидергот - назальный спрей), комбинированные препараты (Номигрен (Эрготамин +Кофеин);

- триптаны (суматриптан, золмитриптан).

5. - блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нимодипин);

- антиконвульсанты (вальпроаты, топирамат);

-антидепрессанты (ТЦА (амитриптиллин, имипрамин,миансерин);

СИОЗСН(флуоксетин, сертралин,пароксетин, эсциталопрам);

- отказ от алкоголя, нормализация ночного сна (7-8 часовой сон).

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

1. Поставьте топический диагноз, определите уровень поражения.

2. Ведущий неврологический синдром.

3. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

4. Предложите план обследования больного.

5. Назначьте лечение.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 20)

1. Поражение экстрапирамидной системы (паллидарного отдела, s. nigra).

2. Гипокинетически-гипертонический синдром (акинетико-ригидный) синдром.

3. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидно-дрожательная форма с преимущественным вовлечением правых конечностей, I ст. по Хен-Яр.

4. МРТ головного мозга (для исключения вторичного паркинсонизма).

5. - Расширение двигательного режима (пешие прогулки, скандинавская ходьба, ЛФК);

- агонисты дофаминовых рецепторов (прамипексол, ропинирол, ротиготин);

и/или — амантадина (мидантан, пк-мерц).

14. К врачу обратился мужчина 45 лет с жалобами на насильственные произвольные движения в конечностях, лице, туловище, ухудшение памяти, внимания, изменение походки. Данные жалобы беспокоят последние 7 месяцев, к врачам не обращался. В неврологическом статусе: хореический гиперкинез, сухожильные рефлексы оживлены D=S с верхних и нижних конечностей, патологических рефлексов нет, походка «танцующая», легкое снижение когнитивных функций. Отец имел подобные симптомы, умер от пневмонии в психиатрической клинике в 56 лет.

1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2) Какие методы для верификации диагноза необходимы

3) Прогноз течения заболевания и возможное лечение.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 10)

1) Болезнь Гентингтона.

2) ДНК исследование, консультация врача генетика

3) Прогноз не благоприятный, как правило смертельный исход наступает через 10-15 лет после дебюта заболевания. Этиотропного лечения нет. Рекомендуются нейролептики, могут использоваться противопаркинсонические препараты.

15. Мужчина 58 лет, работает инженером, диагностирована болезнь Паркинсона 5 лет назад, в течение этого времени принимал леводопу/карбидопу 250/25 мг 3 раза в сутки, на фоне данной терапии мужчина продолжал работать, вести активный образ жизни. 5 месяцев назад стал отмечать усиление скованности и замедленности движений в утренние часы, данные симптомы стали нарастать через 1-1,5 часа после приёма леводопы/карбидопы, которые проходили после приёма очередной дозы препарата, а также появились периоды непредсказуемых застываний, в результате которых было несколько эпизодов падений. Для сохранения активного состояния в рабочее время пациент самостоятельно постепенно нарастил частоту приёма леводопы до 6 таблеток в день одновременно увеличив утреннюю и дневную дозу леводопы до 2 таблеток на приём. В настоящее время у больного участились эпизоды застываний с

болезненным спазмом мышц. После приёма очередной дозы леводопы через 30 минут появляются неконтролируемые движения в туловище и конечностях, сменяющиеся через 1,5 часа скованностью и замедленностью. Ввиду ухудшения состояния пациенту пришлось оставить работу, затруднено выполнение домашних дел, самообслуживание сохранено.

1. Ведущий неврологический синдром.
2. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
3. Какие типы осложнений имеются у пациента?
4. Предложите варианты медикаментозной коррекции терапии.
5. Возможно ли у данного пациента хирургическое лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: G 20)

1. Гипокинетически-гипертонический синдром (акинетико-ригидный) синдром.
2. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидно-дрожательная форма с постуральной неустойчивостью, III ст. по Хен-Яр, клинический патоморфоз в виде феномена истощения конца дозы, дискинезии пика дозы.
3. Моторные флуктуации в виде феномена «истощения конца дозы», феномена «включения-выключения» и дискинезии пика дозы на фоне бесконтрольного приёма препаратов леводопы.

4 1) Расширение двигательного режима (пешие прогулки, скандинавская ходьба, ЛФК);

- не сочетать прием препаратов леводопы с белковой пищей (прием либо с углеводной пищей, либо прием препаратов леводопы за 1 час до еды или через 2 часа после еды).

2) Обеспечить постоянную концентрацию леводопы в крови:

Варианта коррекции:

- дробление дозы леводопы с увеличением кратности её приёма и снижением её разовой дозы (оставив неизменной общую суточную дозу);

- добавление АДР (прамипексол, ропинирол, ротиготин), а также АДР длительного действия (Мирапекс ПД); и/или — амантадинов (мидантан, пк-мерц); и/или ингибиторов MAO-B (Азилект);

- замена стандартного препарата леводопы на препараты с контролируемым (медленным) высвобождением (Сталево, Мадопар ГСС), при неконтролируемых застываниях и выраженной утренней скованности - приём быстродействующих форм леводопы утром (Мадопар Д).

5. Возможно нейрохирургическое лечение (стимуляция через вживлённые электроды таламуса, субталамического ядра).

Показания к операции:

- возраст менее 70 лет;

- длительность заболевания от 5 лет и более;

- не менее 3 ст. по Хен-Яру;

- хороший ответ на препараты леводопы;

- выраженные флуктуации и дискинезии, вызванные бесконтрольным приёмом леводопы, а также при отсутствии эффекта от вышепредставленных вариантов коррекции;

- отсутствие депрессивного синдрома и выраженного когнитивного дефицита.

16. Больная 55 лет. Считает себя больной с течением двух лет, когда появились неустойчивость при ходьбе, затруднение походки, тихий голос, невозможность быстро повернуться во время ходьбы. При поступлении состояние удовлетворительное, походка замедленная, выявляются ахейрокинез, олиго- и брадикинезия, гипомимия, редкое мигание, немодулированный тихий голос, повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Парезов нет, сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, расстройств чувствительности нет, интеллект сохранен. Анализ крови и мочи в пределах нормы. Глазное дно без патологии. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила умеренные явления остеохондроза межпозвоночных дисков. МРТ головного мозга - без патологических изменений.

1. Ваш первичный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?

2. Ваша тактика лечения?

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 20)

Акинетико-ригидный (гипертонически-гипокинетический) синдром, синдром

Паркинсонизма). Может быть обусловлен болезнью Паркинсона (при наличии семейной предрасположенности), сосудистым, инфекционным, посттравматическим или интоксикационным поражением паллидарной системы. Лечение-индивидуальный подбор противопаркинсонических препаратов из различных групп (препараты L-ДОПА, антагонисты ацетилхолина, из группы бромкриптина, ингибиторов MAO и т. д, комбинированные препараты).

17. Больной П., 32 лет обратился к неврологу с жалобами на слабость в правой стопе, затруднения при ходьбе из-за слабости. Из анамнеза известно, что заболел остро, вышеперечисленные жалобы появились утром после сна. Пациент работает плиточником, накануне вечером длительно работал в вынужденной позе (на корточках). При осмотре: шагаж справа при ходьбе, ограничение тыльного сгибания правой стопы, невозможность становиться и ходить на пятках, снижение мышечной силы разгибателей правой стопы до 3 баллов, ахиллов и коленный рефлексы справа сохранены.

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
4. Предложите план лечения.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 57.3)

1. Поражение малоберцового нерва справа
2. Невропатия правого малоберцового нерва вследствие сдавления на уровне головки малоберцовой кости с выраженным парезом разгибателей правой стопы, острая стадия.
3. ЭНМГ
4. - Фиксация стопы ортезами;
 - ЛФК (активные и пассивные движения - для предупреждения контрактур);
 - НПВС для уменьшения болевого синдрома, отека и признаков воспаления в области нерва;
 - витамины группы В
 - ингибиторы холинэстеразы (для улучшения проводимости по нерву) - прозерин, ипидакрин гидрохлорид;
 - улучшение кровоснабжения нерва (пентоксифиллин, кавинтон);
 - антиоксиданты (препараты тиоктовой кислоты).
 - физиотерапия: магнитотерапия, амплипульс, ультразвук, электрофорез, электростимуляция, ИРТ, массаж.

18. На приеме молодой человек лет с жалобами на слабость, чувство онемения в области IV и V пальцев правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появились несколько дней назад, мальчик по долгу делает уроки и любит сидеть за письменным столом с опорой локтями о стол.

Объективно: Сила правой руки снижена, не может отвести 4-5 пальцы в сторону. Снижены трицепитальный и карпорадиальный рефлексы справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «когтистой лапы».

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные причины данного заболевания.
4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 56.2)

1. Неврит правого локтевого нерва.
2. Обоснование: симптом «когтистой лапы», нарушение двигательных и чувствительных функций кисти, данные анамнеза.
3. Чаще всего это компрессия нерва в области локтевого сустава, возникающая у лиц, которые работают с опорой локтями о станок, верстак, письменный стол и даже при длительном сидении с положением рук на подлокотниках кресел. Изолированное поражение нерва наблюдается при переломах внутреннего мыщелка плеча и при надмыщелковых переломах. Иногда поражение нева наблюдается при сыпном и брюшном тифе и других острых инфекциях.
4. Назначают витамины группы В с и Е, противовирусные препараты, антихолинэстеразные препараты, дибазол, дуплекс, гомеопатические средства.

При отсутствии признаков восстановления в течение 1—2 месяцев показана операция (невролиз, сшивание нервного ствола и т.д.)

5. Применяют физиобальнеотерапию, массаж, ЛФК, иглоукалывание, стимуляцию нерва и мышц (физиотерапия устраняет парестезии и боли, восстанавливает силу в мышцах руки при лечении неврита локтевого нерва).

19. Женщина 62 лет обратилась с жалобами на онемение стоп и слабость в ногах, ощущение покалывания, боль, жжение в стопах, которое усиливается в покое (ночью). При осмотре: сухость, шелушение кожи стоп. В неврологическом статусе: гипестезия по типу «носков», снижение ахиллова рефлекса и снижение вибрационной чувствительности на больших пальцах стоп. Пять лет назад у пациентки выявлен сахарный диабет II типа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данной больной?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: E11.4+G 63.2)

1. Диабетическая полинейропатия, сенсо-моторная форма.
2. ЭНМГ, консультация эндокринолога
3. Дифференциальная диагностика с другими видами полинейропатий: токсическая, инфекционно-воспалительная, полинейропатия при других эндокринологических и метаболических нарушениях.
4. Препараты альфа-липоевой кислоты, сосудистые препараты (Пентоксифиллин), антиконвульсанты для снятия болевого синдрома (Габапентин, Прегабалин), витамины группы В, ипидакрин, уход за кожными покровами.

20. На приеме молодой человек 23 лет с жалобами на слабость и чувство онемения в правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появились сегодня утром, любит спать на боку подложив кисть руки под щеку. Накануне принимал алкоголь.

Объективно: Сила правой руки снижена, не может разогнуть кисть и 2-5 пальцы, отвести большой палец. Снижены трицепитальный и карпорадиальный рефлексы справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «свисающая кисть». и зашифруйте по МКБ-10

1. Поставить клинический диагноз .
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Назовите причины неврита лучевого нерва.
4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.
5. Какие физиотерапевтические процедуры необходимо назначить для лечения больного с данным заболеванием?

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 56.3)

1. Нейропатия правого лучевого нерва.
2. Обоснование: симптом «свисающая кисть», нарушение двигательных и чувствительных функций в кисти, данные анамнеза (длительное прижатие лучевого нерва к плечевой кости во время сна).
3. Часто нерв поражается во время сна, когда больной спит, положив руку под голову или под туловище, при очень глубоком сне, связанном часто с опьянением или в редких случаях с большой усталостью («сонный» паралич). Возможны сдавление нерва костылем («костыльный» паралич), при переломах плечевой кости, сдавлении жгутом, неправильно произведенной инъекции в наружную поверхность плеча, особенно при аномальных расположениях нерва. Реже причиной являются инфекция (сыпной тиф, грипп, пневмония и др.) и интоксикация (отравление свинцом, алкоголем). Самый частый вариант сдавления – на границе средней и нижней трети плеча у места прободения нервом латеральной межмышечной перегородки.
4. Назначают витамины группы В и Е, НПВС или блокады со стероидами, антихолинэстеразные препараты, дибазол, сосудистые. При отсутствии признаков восстановления в течение 1—2 месяцев показана операция (невролиз, сшивание нервного ствола и т.д.)

5. Применяют физиобальнеотерапию, массаж, ЛФК, иглоукальвание, стимуляцию нерва и мышц (нейростимуляция устраняет парестезии и боли, восстанавливает силу в мышцах руки при лечении неврита лучевого нерва).

21. Больная В., 42 лет 3 месяца назад перенесла операцию на органах ЖКТ, в течение которой левая рука длительное время находилась в разогнутом состоянии. В настоящее время у больной наблюдается гипотрофия межкостных мышц и мышц в области гипотенора левой кисти. Затруднено сгибание VI-V пальцев, дистальные фаланги этих пальцев согнуты, проксимальные – разогнуты. Снижены все виды чувствительности по внутренней поверхности предплечья, кисти, мизинца и безымянного пальца.

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
4. Предложите план лечения.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 56.2)

1. Поражение локтевого нерва слева.
2. Невропатия левого локтевого нерва вследствие сдавления в локтевом канале с выраженным парезом сгибателей правой стопы.
3. ЭНМГ
4. - избегать длительного сгибания предплечья (шина - для иммобилизации локтевого сустава);
 - ЛФК (активные и пассивные движения - для предупреждения контрактур);
 - НПВС для уменьшения болевого синдрома, отека и признаков воспаления в области нерва;
 - витамины группы В;
 - ингибиторы холинэстеразы (для улучшения проводимости по нерву) - прозерин, ипидакрин гидрохлорид;
 - улучшение кровоснабжения нерва (пентоксифиллин, кавинтон);
 - антиоксиданты (препараты тиоктовой кислоты).
 - физиотерапия: магнитотерапия, амплипульс, ультразвук, электрофорез, электростимуляция, ИРТ, массаж.

22. Больная Ж., 45 лет, заболела остро, 3 дня назад. После переохлаждения, вечером, почувствовала боли в заушной области. Утром развилась асимметрия лица.

Неврологически: лицо асимметрично. Слева не может наморщить лоб, нахмурить брови. Глазная щель справа полностью не смыкается. Положительный симптом Белла. Слезотечение из левого глаза. Грубая сглаженность лево-вой носогубной складки. Движения угла рта слева резко ограничены. Нарушений вкуса, гиперракузии нет.

1. Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 51.0)

1. Острая невропатия левого лицевого нерва.
2. Необходимо исключить симптоматический характер невропатии /при за-болеваемости ЛОР-органов, сахарном диабете /.
3. Нестероидные противовоспалительные средства, преднизолон, сосудорасширяющие препараты, с 7-го дня антихолинэстеразные средства, вит. группы В, фонофорез с гидрокортизоном, лечебная физкультура, массаж, ИРТ.
4. Осмотр ЛОР- врача, исследование крови на сахар.

23. Мужчина 48 лет жалуется на онемение, «жжение» стоп, боль в мышцах голени. Эти явления появились и нарастали в течение двух месяцев. Кроме того, в течение года отмечает неустойчивость при ходьбе. Родственники пациента рассказали о его злоупотреблении алкоголем длительное время. В неврологическом статусе: снижение силы разгибателей стоп до 4б, гипотония икроножных мышц, болезненность при пальпации мышц голени и стоп, отеки голени и стоп, ахилловы рефлексы не вызываются, выраженное интенциональное дрожание при выполнении пяточно-коленной пробы. Снижение

поверхностной чувствительности в стопах. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп. При выполнении коленно-пяточной пробы отмечается атаксия с двух сторон.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: G 62.1)

1. Алкогольная полинейропатия, сенсомоторная форма.
2. Дифференциальный диагноз с другими полинейропатиями (при сахарном диабете, уремии, васкулитах), с сифилитической спинной сухоткой.
3. ЭНМГ, консультация нарколога.
4. Витаминотерапия, высокие дозы витамина В1, прозерин, препараты альфа-липоевой кислоты. Антиконвульсанты для устранения болевого синдрома. Физиотерапия, ЛФК.

24. Больная Т., 35 лет, жалуется на жгучие боли в правой половине лица, преимущественно в области верхней и нижней челюсти. Боли носят приступообразный характер длятся 1-3 сек. Приступы болей возникают при жевании, разговоре, умывании, прикосновении к лицу, чистке зубов. Впервые боли появились 3 месяца назад после перенесенного гриппа. В неврологическом статусе: болезненность в точках выхода II и III ветвей правого тройничного нерва. Курковая зона около крыла носа справа и на слизистой полости рта справа

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10.
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Определите план лечения.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 50.0)

1. Поражение II и III ветвей тройничного нерва справа.
2. Невралгия второй-третьей ветвей правого тройничного нерва.
3. МР-ангиография головного мозга (вазонеуральный конфликт)
- 4.- НПВС для уменьшения болевого синдрома;
 - антиконвульсанты;
 - прегабалины; габапентин;
 - физиотерапия, ИРТ;
 - хирургическое лечение (микроваскулярная декомпрессия нерва, чрескожная термокоагуляция или чрескожная микрокомпрессия Гассерова узла).

25. Пациент М., 18 лет накануне вечером находился длительное время на улице без головного убора. Вечером почувствовал боли в заушной области справа. Утром обнаружил асимметрию лица. В неврологическом статусе: при нахмуривании правая бровь неподвижна, лагофтальм справа, положительный симптом Белла, слезотечение из правого глаза, опущен правый угол рта, при попытке улыбнуться правый угол рта неподвижен. Отмечает непереносимость громких звуков, снижение вкуса на передних 2/3 языка справа.

1. Поставьте топический диагноз, определите уровень поражения.
2. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10?
3. Предложите план обследования больного.
4. Определите план лечения.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 51.0)

1. Поражение лицевого нерва справа на уровне ниже n. petrosus major, но выше n. stapedijs.
2. Острая невралгия правого лицевого нерва с выраженным парезом мимической мускулатуры справа.
3. Рентгенография пирамиды височной кости по Стенверсу справа.
- 4.- НПВС для уменьшения болевого синдрома;
 - ГКС (преднизолон) по схеме (60 мг в сутки в 2 приёма утром с последующим снижением дозы на 5 мг ежедневно до полной отмены);
 - никотиновая кислота п/к в заушную область;
 - витамины группы В (В1, В6, В12);
 - улучшение кровоснабжения нерва (пентоксифиллин, кавинтон);

- ингибиторы холинэстеразы (для улучшения проводимости по нерву) с 14 дня после начала заболевания - прозерин, ипидакрина гидрохлорид;
- физиотерапия, ИРТ;
- пластырное вытяжение.

26. Больной 68 лет на протяжении ряда лет жаловался на головную боль, шум в голове, плохую память, бессонницу. Днем поволновался, внезапно почувствовал головокружение, упал. Сознание не терял. Появилась икота, общая слабость, стало трудно глотать.

В приемном отделении: Больной в сознании, на вопросы отвечает правильно, ориентирован в месте и во времени. Обоняние не нарушено. На глазном дне сосуды склерозированы. Острота зрения обоих глаз 1,0. Правый зрачок шире левого. Реакция зрачков на свет и конвергенцию вялая. Энофтальм слева. Неполный птоз верхнего века левого глаза. Горизонтальный нистагм влево. Аналгезия, терманестезия кожи левой половины лица. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа—отчетливый. Движения нижней челюсти не ограничены. Асимметрии лица нет. Неподвижность левой половины мягкого неба и паралич левой голосовой связки. Дисфагия, дизартрия.

Язык по средней линии. Активные движения в конечностях в полном объеме, мышечная сила в них 5 баллов, промахивание при пальце-носовой пробе левой рукой, при пяточно-коленной пробе — левой ногой. Тонус мышц левой руки и ноги понижен. Болевая и температурная чувствительность на правой половине туловища, правой руке и ноге отсутствуют. Проприоцептивная чувствительность не нарушена. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках, коленные и ахилловы рефлексы равномерно оживлены. Брюшные рефлексы равны. Патологических рефлексов нет. Симптом Маринеску-Радовичи с обеих сторон. Симптома Кернига и ригидности затылочных мышц нет. Артериальное давление 90/50. Тоны сердца приглушены. Пульс 68, аритмичный. Общий анализ мочи и крови без патологии.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I.63.5 Острое нарушение мозгового кровообращения по типу ишемического инсульта в бассейне левой задней нижней мозжечковой артерии. Синдром Валленберга—Захарченко. Острейший период.
2. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.
3. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.
4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

27. Больная 40 лет страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала. Вызвана КСП.

В приемном отделении: Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. Зрачки расширены. Реакция зрачков на свет отсутствует. Маятникообразное, медленное движение глаз в горизонтальном направлении — «плавающие глаза». На уколы лица не реагирует. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа — ослаблен, опущен левый угол рта. Симптом «паруса» левой щеки. Из правого угла рта выделяется пенная слюна. Руки приведены к туловищу, кисти согнуты и пронижены, пальцы собраны в кулаки. Ноги вытянуты, повышение мышечного тонуса в разгибателях. Периодически отмечаются приступы сильнейшего тонического спазма мышц, преимущественно в проксимальных отделах конечностей по 20-30с, затем тонус снижается. Это сопровождается общим беспокойством, учащением пульса и дыхания, иногда на высоте приступа наблюдаются круговые движения глазных яблок. Ригидности мышц затылка нет. На уколы туловища не реагирует. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон.

Во время осмотра была рвота. Пульс 106, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД— 230/120. Температура 37,5° Лейкоцитоз 8600*10⁹. Дыхание Чейн-Стокса.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответы:

1. I61.1 Кровоизлияние в правое полушарие головного мозга с прорывом в боковую желудочек. Горметонический синдром. Кома 2ст.
2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ ГМ с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.
3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью.
4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

28. Больной Т. 18 лет доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» из юношеской спортивной школы. Во время тренировки внезапно вскрикнул, потерял сознание, упал. Травмы черепа не было. О случившемся по телефону сообщено родителям. Мать больного рассказала, что он рос и развивался нормально. Спортивную школу посещает 2 года. Около двух месяцев назад стал жаловаться на пульсирующий шум в правом ухе, к врачу не

обращался. Ежегодно осматривается во врачебно-физкультурном диспансере, отклонений в состоянии здоровья не отмечено.

При осмотре: сознание утрачено. Пульс ритмичный, 110 ударов в мин. Тоны сердца приглушены, АД— 100/60. Дыхание типа Чейн-Стокса. Зрачки широкие, реакция на свет отсутствует. Корнеальные рефлексы утрачены. Резкое напряжение мышц разгибателей конечностей, руки и ноги вытянуты. Мышцы на ощупь твердые, пассивное сгибание невозможно. Сухожильные рефлексы высокие, клonusы надколенников и стоп. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца. Из-за резкого напряжения мышц симптом Кернига проверить не удается. Непроизвольное мочеиспускание.

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их четкие, сосуды не изменены.

Люмбальная пункция: ликвор вытекает под давлением, интенсивно окрашен кровью.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I61.1 G93.6 G93.5 Массивное субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние с прорывом крови в желудочки. Отек мозга, дислокация и сдавление ствола мозга. Запредельная кома.

2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии– оперативное вмешательство, по удалению аневризмы, нимодипин, осмотические диуретики.

29. Больной К, 47 лет утром после вставания с кровати упал из-за слабости в ногах. Вызвал КСП.

В неврологическом статусе: у больного выявлены отсутствие движения в ногах, снижение мышечного тонуса в них, повышение коленных и ахилловых рефлексов с обеих сторон, двусторонние патологические знаки Бабинского и Россоломо, отсутствие брюшных рефлексов, наличие защитных рефлексов и клonusов стоп и надколенников с обеих сторон. Имеется нарушение болевой и температурной чувствительности с Д7-8, нарушение глубокой чувствительности в ногах, задержка мочеиспускания. Менингеальных знаков не выявлено.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Спинальный ишемический инсульт, нижняя центральная параплегия, проводниковая тотальная анестезия, задержка мочи

2. МРТ гр. отдела позвоночника, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с геморрагическим спинальным инсультом, опухолью спинного мозга грудной локализации, рассеянным склерозом, поперечным миелитом.

4. I63.8 Глюкокортикостероиды, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты, антибиотики широкого спектра. Лечебная физкультура, массаж.

30. Студент колледжа почувствовал недомогание. Температура быстро достигла 39 °С, появилась тошнота, рвота, стал вялым, сонливым. Через несколько часов у юноши нарушилось сознание, после чего родители вызвали КСМП. При осмотре: АД 140/90 мм. рт.ст., пульс 98 уд/мин., мелкоочечную сыпь в области подколенных ямок, локтевых суставов, ягодиц. В неврологическом статусе: положительные симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний), ригидность затылочных мышц. Была выполнена люмбальная пункция. В ликворе: давление 300 мм. водного ст., мутная, желтоватого цвета, нейтрофильный плеоцитоз- 1500 в 1 мм³.

1) Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2) Какие дополнительные методы обследования могут быть использованы для верификации диагноза?

3) Составьте план лечения

4) Форма курации больного после перенесенной инфекции, продолжительность и кратность наблюдения.

5) Противоэпидемические мероприятия в очаге менингококковой инфекции

Эталон ответа:

1) G01 (A39.0) Менингококковый менингит

2) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к антибиотикам, ПЦР

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

4) Все больные, перенесшие менингит, должны находиться на диспансерном учете под наблюдением районного невролога и участкового врача не менее 2 лет. При благоприятном исходе болезни обследование проводится в течение первого

года один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев. При наличии остаточных явлений назначается соответствующее лечение (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 23.12.98 N 375).

5. Обязательной регистрации и подаче экстренного извещения в Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора подлежат случаи генерализованной формы менингококковой инфекции (ГФМИ): менингококковый (эпидемический цереброспинальный) менингит, менингококцемия (сепсис, без поражения мозговых оболочек), их сочетанные формы, а также при подозрении на эти заболевания и бактериологически подтвержденные менингококковые назофарингиты.

Больные генерализованной формой менингококковой инфекции или при подозрении на нее немедленно госпитализируются в специализированные отделения инфекционных больниц, а при их отсутствии - в боксы или полубоксы.

Больные с бактериологически подтвержденным менингококковым назофарингитом, выявленные в очагах инфекции, в зависимости от тяжести клинического течения, помещаются в инфекционные больницы или в специальные развернутые стационары. Они могут быть изолированы на дому, если в семье или квартире нет больше детей дошкольного возраста и лиц, работающих в детских дошкольных учреждениях, а также при условии проведения регулярного медицинского наблюдения и лечения.

Больные острым назофарингитом (бактериологически не подтвержденным), выявленные в очаге менингококковой инфекции, подлежат лечению по назначению врача, установившего диагноз. Из детских дошкольных коллективов эти больные изолируются на время лечения и допускаются в коллектив только после исчезновения острых явлений.

Контактные с больным, оставленным на дому, дети, посещающие детские дошкольные учреждения и лица, работающие в этих учреждениях, допускаются в коллектив только после медицинского осмотра и однократного бактериологического обследования с отрицательным результатом.

Выписка из стационара больных ГФМИ и назофарингитом производится после полного клинического выздоровления, без бактериологического обследования на носительство менингококков.

31. На приеме молодой человек 20 лет, с жалобами на боли, чувство ползания мурашек, покалывание и онемение в области поясницы и по задней поверхности обеих ног. Из анамнеза: 14 дней назад в парке укусил клещ, удалил его самостоятельно, к врачам не обращался.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, во времени и пространстве ориентирован. Глазные щели S=D, реакция на свет зрачков живая. Снижена сила мышц в дистальных отделах ног до 4-4,5 баллов. Гипотония мышц в дистальных отделах ног и снижение сухожильных рефлексов с ахиллова сухожилия S=D. Положительные симптомы Ласега и Вассермана. В нижних конечностях – расстройство чувствительности по полиневритическому типу.

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Обоснование клинического диагноза.

3. Какие клинические анализы необходимо провести для подтверждения данного диагноза?

4. Принципы этиотропной терапии при клещевом энцефалите и прогноз в данном случае.

5. Основные средства специфической профилактики КВЭ.

1. А84.0 Клещевой энцефалит, полирадикулоневритическая форма.

2. Обоснование: на основании анамнеза (укус клеща 14 дней назад), вялый парез дистальных отделов ног, расстройства чувствительности по полиневритическому типу.

3. ПЦР крови на клещевой энцефалит — определяет наличие вируса в крови.

ПЦР ликвора — определяет наличие вируса в спинномозговой жидкости.

Положительный IgM к клещевому энцефалиту в сыворотке крови говорит о том, что человек недавно заразился вирусом клещевого энцефалита.

Положительный IgG к клещевому энцефалиту — G антитела появляются позже, чем M. Сохраняются в крови всю жизнь после перенесенного клещевого энцефалита. Отвечают за иммунитет. Выработка IgG является основной целью вакцинации от клещевого энцефалита.

Наличие в крови антител и G и M, говорит о текущей инфекции. Если определяются только IG — то это или поздний срок заболевания или результат вакцинации.

4. Этиотропная терапия заключается в назначении гомологичного гамма-глобулина, титрованного против вируса клещевого энцефалита. Препарат оказывает четкий терапевтический эффект, особенно при средне-тяжелом и тяжелом течении болезни. Гамма-глобулин рекомендуют вводить по 6 мл внутримышечно, ежедневно в течение 3 сут. Лечебный эффект наступает через 12—24 ч после введения гамма-глобулина — температура тела снижается до нормы, общее состояние больных улучшается, головные боли и менингеальные явления уменьшаются, а иногда и полностью исчезают. Чем раньше вводится гамма-глобулин, тем быстрее наступает лечебный эффект. В последние годы для лечения клещевого энцефалита применяют сывороточный иммуноглобулин и гомологичный полиглобулин, которые получают из плазмы крови доноров, проживающих в природных очагах заболевания. В первые сутки лечения сывороточный иммуноглобулин рекомендуют вводить 2 раза с интервалами 10—12 ч по 3 мл при легком течении, по 6 мл — при среднетяжелом и по 12 мл — при тяжелом. В последующие 2 дня препарат назначают по 3 мл однократно внутримышечно. Гомологичный полиглобулин вводят внутривенно по 60—100 мл. Считается, что антитела нейтрализуют вирус (1 мл сыворотки связывает от 600 до 60 000 смертельных доз вируса), защищают клетку от вируса, связываясь с ее поверхностными мембранными рецепторами, обезвреживают вирус внутри клетки, проникая в нее путем связывания с цитоплазматическими рецепторами.

Для специфического противовирусного лечения клещевого энцефалита используется также рибонуклеаза — ферментный препарат, приготовляемый из тканей поджелудочной железы крупного рогатого скота. РНК-аза задерживает размножение вируса в клетках нервной системы, проникая через

гематоэнцефалический барьер. Рибонуклеазу рекомендуют вводить внутримышечно в изотоническом растворе натрия хлорида (препарат разводят непосредственно перед выполнением инъекции) в разовой дозе 30 мг через 4 ч. Первую инъекцию выполняют после десенсибилизации по Безредко. Суточная доза вводимого в организм фермента составляет 180 мг. Лечение продолжают в течение 4—5 дней, что обычно соответствует моменту нормализации температуры тела.

Современным способом лечения вирусных нейроинфекций является применение препаратов интерферона (реаферона, лейкинферона и др.), которые можно вводить внутримышечно, внутривенно, эндолюмбально и эндолимфатически. Следует учитывать, что большие дозы интерферона (ИФН) 1—3—6- 106 МЕ — обладают иммунодепрессивным свойством, а устойчивость клеток к проникновению вируса не прямопропорциональна титрам ИФН. Поэтому целесообразно использовать относительно небольшие дозы препарата, либо применять индукторы интерферона (двухспиральная РНК фага 2, амиксин, камедон и др.), обеспечивающие невысокие титры ИФН и обладающие иммуномодулирующим свойством. Двухспиральную РНК фага (ларифан) вводят внутримышечно по 1 мл с интервалом 72 ч от 3 до 5 раз. Амиксин в дозе 0,15-0,3 г назначают перорально с интервалом 48 ч от 5 до 10 раз.

Течение данной формы благоприятное, с хорошим восстановлением нарушенных функций.

5. Основными средствами специфической профилактики КВЭ служат вакцинация или экстренная профилактика человеческим иммуноглобулином против КВЭ. К средствам неспецифической профилактики относятся проведение расчистки и благоустройства территорий, акарицидных и дератизационных обработок лесопарковых зон, кладбищ, зон массового отдыха, коллективных садов, закрытых оздоровительных учреждений, индивидуальная защита людей от нападения клещей (специальная одежда, периодические само- и взаимоосмотры, применение специальных противоклещевых средств для индивидуальной защиты).

32. Больной 32 лет, художник. Обратился к врачу с жалобами на онемение ладоней и стоп, ощущения ползания мурашек в них. Около месяца назад приехал домой после длительного пребывания за рубежом. Последнее время стал часто болеть инфекционными заболеваниями. Со слов больного перед приездом домой болел воспалением легких, но к врачам не обращался из-за тяжелой материальной ситуации во время проживания за границей. При осмотре: пониженного питания, на коже кистей, вокруг ногтей, на лице высыпания, похожие на проявления кандидоза. Хрипы в нижней доли легкого слева, при рентгенографии - проявления хронической нижнедолевой пневмонии. В неврологическом статусе: больной заторможен, отмечается замедленность ответов и движений, быстрая утомляемость, снижение памяти. Общемозговых и менингеальных симптомов, парезов нет. Черепные нервы без патологии, двустороннее оживление сухожильных рефлексов без патологических стопных симптомов. Снижение болевой чувствительности в дистальных отделах конечностей с двух сторон. Умеренно выраженная атаксия при ходьбе. Координаторные пробы выполняет замедленно, с легким интенционным дрожанием и мимопопаданием с двух сторон. Императивные позывы на мочеиспускание, которые больной связывает с хроническим циститом. На МРТ

- признаки наружной и внутренней гидроцефалии, множественные мелкие очаги повышенной плотности вокруг желудочков, умеренные признаки атрофии. В клиническом анализе крови отмечается анемия, лимфопения, повышение СОЭ. В иммунологическом анализе крови - снижение содержания всех Т-клеток, особенно CD4+-клеток (Т-хелперов/ индукторов)

1. Ваш первичный диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Какие методы обследования нужны?

3. Ваша тактика лечения?

Подозрение на инфекцию вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) - синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), а именно неврологические проявления (деменция, ассоциированная с ВИЧ), оппортунистические инфекции (поражение кожи, пневмония), связанные с иммунодефицитом. Необходимо срочное серологическое исследование на ВИЧ. В случае положительной пробы на выявление антител к ВИЧ решение вопроса об антивирусной терапии азидотимидином. Специфическое лечение других инфекционных проявлений, а первую очередь пневмонии. Сосудистая и метаболическая терапия деменции.

33. Больная 43 лет поступила в клинику нервных болезней в плановом порядке с жалобами на стойкие головные боли, значительное повышение веса, высокие цифры артериального давления, незначительное изменение черт лица. Последние 3 - 4 месяца стала отмечать снижение зрения. Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого артериального давления стали отмечаться 2,5 - 3 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. Больная отмечает нарастание вышеуказанных симптомов. При осмотре: в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Повышенного питания с ожирением по верхнему типу, стрии на бедрах и пояснице. Кожные покровы красноватые, на лице угревая сыпь. Выраженный гипертрихоз. Элементы акромегалии. Со стороны черепных нервов: битемпоральная гемианопсия, а также выпадение части поля зрения, прилежащей к наружной половине правого глаза (рисунок 1). Другой очаговой симптоматики не выявляется. На магнитно-резонансной томографии в проекции гипофиза выявляется неправильной формы образование, выступающее за пределы турецкого седла и поддавливающее снизу на перекрест зрительных нервов. Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10, проведите дифференциальный диагноз и назначьте лечение.

Эталоны ответа

D35.2 Аденома гипофиза (базофильная аденома). Показана консультация нейрохирурга и хирургическое лечение.

34. Больной 50 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на боли в области поясницы, затруднения при ходьбе, пошатывание, усиливающееся в темноте, чувство онемения и скованности в ногах. Из анамнеза известно, что стал отмечать онемение около 2-х лет назад, которое сначала локализовалось в стопах и постепенно распространилось вверх до уровня поясничного отдела. Параллельно с онемением стал отмечать неуверенность походки. Несколько позднее присоединилась скованность в ногах, из-за чего стало трудно ходить. При осмотре мышечная сила в ногах достаточная, тонус повышен по

спастическому типу, несколько больше справа. Коленные и ахилловы рефлексы высокие с расширенными зонами, клонус стоп. Справа подошвенный рефлекс не вызывается, слева - снижен. В пробе Ромберга с открытыми глазами неустойчив. При закрывании глаз пошатывание значительно усиливается. Снижение поверхностной и глубокой чувствительности с уровня D12-L1. На МРТ грудного и поясничного отделов позвоночника на уровне D10- D11 позвонков имеется опухолевидное, неправильной формы образование гетерогенной структуры с сигналом высокой и низкой интенсивности в режиме T и T1 соответственно. Образование разрушает дужку и распространяется на мягкие ткани, значительно сдавливая спинной мозг на уровне D10- D11.

Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10, определите тактику ведения больного.

D33.4 Экстрamedулярная опухоль на уровне D10- D11. Требуется консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

35. . Больная О. 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на слабость в ногах, нарушение речи, периодически возникающие эпизоды недержания мочи (при возникновении позыва на мочеиспускание необходимо немедленно опорожнить мочевой пузырь). Считает себя больной около 4-х лет, когда вскоре после родов появилась шаткость при ходьбе, ощущение пелены перед глазами. За медицинской помощью не обращалась. Через некоторое время самочувствие улучшилось. Однако через год появилась слабость в ногах, а еще через полгода – изменение речи. Ухудшение самочувствия связывала с нервнопсихическим перенапряжением. В последнее время отмечала постепенное ухудшение самочувствия. Не переносит горячего душа, баню (значительно нарастает слабость в ногах).

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Менингеальных симптомов натяжения нет. Нистагм горизонтальный мелкокоразмашистый, в крайних отведениях. Нижний парапарез (4 б). Тонус мышц ног повышен, отмечается феномен «складного ножа», сухожильные рефлексы с рук равномерные, живые; с ног коленные рефлексы повышены; клонус левой стопы. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Брюшные рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчива. Пальце-носовая проба с атаксией с обеих сторон. Скандированная речь. Нарушений чувствительности нет. Исследование глазного дна: побледнение височных половин дисков зрительных нервов. Клинические анализы крови и мочи без патологии.

Вопросы

1. Выделите неврологические синдромы и симптомы.
2. Поставьте топический диагноз.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Наметьте план обследования.
5. Основные принципы лечения данного заболевания.

Эталон ответа

	<p>1. Нижний центральный парапарез, императивность мочеиспускания; статическая и динамическая атаксия. Множественное поражение белого вещества ЦНС.</p> <p>2. Страдают пирамидные пути; мозжечковые связи; боковые столбы выше поясничного отдела; макулярный пучок.</p> <p>3. Рассеянный склероз, цереброспинальная форма, прогрессирующее течение.</p> <p>4. МРТ (КТ), регистрация вызванных потенциалов. Иммунологические исследования крови и ликвора (олигоклональные АТ Ig G; индекс Ig G; цитокиновый статус)</p> <p>5. Комплексная патогенетическая терапия должна зависеть от периода обострения, ремиссии, ухудшения (включая кортикостероиды, иммуномодуляторы, интерферон, препараты, улучшающие метаболизм и кровоснабжение мозга).</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

11. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	76– 90
Хорошо (4) -91-100	91 – 100
Отлично (5)	

12. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
Удовлетворительно (3)	12. Знание алгоритма решения
- четырем критериям	13. Уровень самостоятельного мышления
Хорошо (4)	14. Аргументированность решения
- пяти критериям	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью
Отлично (5)	

13. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4)</p> <p>-пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>1. Краткость</p> <p>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

14. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4)</p> <p>-пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>1. Краткость</p> <p>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами
компетенций рабочей программы дисциплины «Неврология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	01.1-01.65	01--71	1---54	1-119	
	2					
	3					
ОПК	1	02.01-11.65	72-192	8---26	120-321	7,8, 13,14, 23, 26, 27, 28, 29
	2	02.1-02.15	72-77; 161-168	8---26	139-261	23;25-27
	3					
	4		72-192			
	5		72-192	8---26	139-261	
	6	02.01-11.65	72-192	8--26	120-321	25-27
	7					
	8		72-77; 161-168; 185-192	26	261	
	9		72-77; 161-168; 185-192	1---54	139-261	
	10	02.01-11.65	72-192	8---26	139-261	
	11					
	12					

Задачи к промежуточной аттестации ординаторов 1 года по специальности «Неврология»: «Задачи по топической диагностике патологии ЦНС и ПНС»

1. У больного имеется центральный паралич правой руки и моторная афазия. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Задние отделы нижней лобной извилины слева (зона Брока) и средний отдел прецентральной извилины левой лобной доли.

2. При осмотре выявлена атрофия правой половины языка и фибриллярные подергивания, при высовывании язык отклоняется вправо. Определить очаг поражения?

Ответ: Ядро XII нерва справа в продолговатом мозге (периферическое поражение).

3. Больной при ходьбе отклоняется влево. Имеется гипотония в левых конечностях, интенционный тремор слева, горизонтальный нистагм. Определить очаг поражения?

Ответ: Левое полушарие мозжечка.

4. У больного периодически возникают подергивания правой руки и мышц половины лица справа, не сопровождающиеся потерей сознания (длится 1,5 - 2 минуты). Определить локализацию очага поражения. Как называется эти подергивания?

Ответ: Джексоновская моторная эпилепсия (передняя центральная извилина слева, нижняя часть).

5. У больного имеется центральный парез ног без чувствительных расстройств. Средние и нижние брюшные рефлексы не вызываются, верхние брюшные рефлексы живые, одинаковые с обеих сторон. Определить очаг поражения?

Ответ: Кортикоспинальный путь на уровне D9-D10.

6. У ребенка наблюдаются быстрые, аритмичные, произвольные движения конечностей и туловища. Он гримасничает, причмокивает, часто высовывает язык. Тонус мышц конечностей снижен. Где находится очаг поражения? Как называется приведенный синдром?

Ответ: Хореический гиперкинез, малая хорея. Стриатум.

7. У больного анестезия кожи в области лба, передней волосистой части головы и верхней части носа слева. Слева отсутствуют корнеальный и конъюнктивальные рефлексы. Где очаг поражения?

Ответ: 1 ветвь левого тройничного нерва (r.ophtalmicus).

8. У больного справа отмечается центральный парез ноги, выпадение глубокой чувствительности в пальцах стопы, снижение тактильной чувствительности с уровня D5, слева отсутствует болевая и температурная чувствительность по проводниковому типу с уровня D7. Где очаг поражения? Как называется приведенный синдром?

Ответ: Синдром Броун-Секара, поражение правой половины поперечника на уровне D5.

9. У больного имеется слева гемианестезия, гемиатаксия и гемианопсия. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Таламус справа.

10. Больной разучился одеваться, не может пользоваться чашкой, ложкой. Его одевают, кормят. Где находится очаг поражения? Как называются описанные расстройства?

Ответ: Апраксия идеаторная, нижняя теменная доля - надкраевая извилина.

11. У больного отмечается диплопия, частичный птоз и расширение зрачка справа. Правое глазное яблоко отведено кнаружи. Ограничены его движения внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения в левых конечностях. Мышечный тонус в них повышен. Рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается рефлекс Бабинского слева. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Альтернирующий синдром Вебера, ножка мозга справа.

12. У больного наблюдается дизартрия, дисфагия, дисфония, атрофии языка нет, имеются выраженные симптомы орального автоматизма, временами наступает насильственный смех или плач. Определить очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Двустороннее поражение кортико-нуклеарных путей. Псевдобульбарный синдром.

13. У больного отмечается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Сила рук и ног сохранена. Самостоятельно ходить и стоять не может, падает в разные стороны. Снижен тонус мышц всех конечностей. Чувствительность не нарушена. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Червь мозжечка.

14. У больного отмечается постоянное недержание мочи, газов, нарушены все виды чувствительности в ано – генитальной области. Отсутствует анальный рефлекс. Определить очаг поражения.

Ответ: Поражение conus medullaris.

15. Больной не распознает предметы, помещенные в его левую руку. Все элементарные виды чувствительности сохранены. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Астереогноз. Верхняя теменная доля справа.

16. У больного сглажена левая носогубная складка, левый угол рта опущен, язык отклоняется влево. Атрофии и фибриллярных подергиваний языка нет. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Центральный парез правого лицевого нерва и подъязычного нерва. Поражение кортико-нуклеарного пути справа.

17. У больного определяется битемпоральная гемианопсия, на глазном дне картина первичной атрофии зрительных нервов. Где находится очаг поражения?

Ответ: Поражение перекрещивающихся в хиазме волокон зрительных нервов (от внутренних половин сетчаток).

18. У больного справа отмечается паралич мимических мышц всей половины лица, слева спастический парез в руке и ноге. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Синдром Мийяра- Гублера справа. Поражение вентральной части основания моста справа.

19. У больного имеется тетрапарез, в руках по периферическому типу, в ногах по центральному типу, а также отмечается выпадение всех видов чувствительности с уровня С5 и задержка мочеиспускания. Определить очаг поражения?

Ответ: Шейное утолщение.

20. У больного имеется центральный парез мышц стопы и голени справа, иногда в них возникают тонико-клонические судороги продолжительностью 1 – 2 минуты. Где локализуется очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Верхний отдел передней центральной извилины слева. Приступы Джексоновской эпилепсии.

21. У больного имеется левосторонняя спастическая гемиплегия. Поражение лицевого и подъязычного нерва слева по центральному типу. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Внутренняя капсула справа (кортико-спинальный, кортико-нуклеарный пути к 7,12ЧМН справа.)

22. Речь больного глухая, неясная, смазанная, с гнусавым оттенком. Отвечает на вопросы письменно, Жидкая пища и питье вызывают кашель и поперхивания. Движение языка резко ограничены, наблюдаются атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Мягкое небо не подвижно. Глоточный рефлекс и рефлексы с мягкого неба отсутствуют. Где локализуется очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Поражение двигательных ядер 9, 10, 12 ЧМН, бульбарный синдром.

23. У больного выявлена левосторонняя верхнеквадратная гемианопсия. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение нижней части пучка Грациоле справа или правая язычная извилина (затылочная доля).

24. У больного имеется спастическая параплегия нижних конечностей, нарушение глубокой чувствительности в них и нарушение поверхностной чувствительности с Д6 по проводниковому типу. Где локализуется процесс?

Ответ: Полное поперечное поражение спинного мозга с уровня Д6.

25. У больного имеются судорожные припадки, начинающиеся с поворота головы и глаз влево. Выражен хватательный рефлекс, снижение обоняния справа, эйфория, снижение критики. Походка неустойчивая. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Лобная доля справа. Поражение задней части второй лобной извилины справа – переднее адверсивное поле, нижние отделы и полюс правой лобной доли.

26. У больного имеется правостороннее поражение отводящего нерва и лицевого нерва по периферическому типу. Левосторонняя центральная гемиплегия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение моста справа, альтернирующий синдром Фовилля.

27. У больного справа имеется птоз века, глаз расположен по средней линии, зрачок расширен, движения глазного яблока отсутствуют, боль в глазнице, снижены все виды чувствительности в области лба и передней волосистой части головы. Корнеальный рефлекс справа отсутствует. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Синдром верхней глазничной щели справа (поражение глазодвигательного (3 чмн), блокового (4чмн), отводящего нервов (6 чмн), 1 ветвь тройничного нерва (5 чмн).

28. У больного имеется правосторонняя гемиплегия, гемианестезия и гемианопсия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Внутренняя капсула слева

29. У больного отмечаются боли в дистальных отделах рук и ног, чувство онемения в них, утрата всех видов чувствительности на руках в виде «перчаток», на ногах - в виде «носков», выпадение на руках карпорадиальных, на ногах – ахилловых и подошвенных рефлексов. При стоянии и ходьбе с закрытыми глазами наблюдается неустойчивость. Определить очаг поражения? Как называется описанный тип расстройств чувствительности?

Ответ: Поражены чувствительные волокна дистальных отделов спинномозговых нервов. Тип расстройства чувствительности называется полиневритическим (дистальная полинейропатия).

30. Больной при сохранности двигательных функций из-за неустойчивости не может стоять и ходить, эйфоричен, слева сглажена носогубная складка, тонус слева в руке и ноге повышен, справа аносмия. Где

локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение правой лобной доли.

31. У больного наблюдаются приступы, начинающиеся с неприятного ощущения в левой ноге. Где локализуется поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Верхняя часть задней центральной извилины справа. Джексоновская сенсорная эпилепсия.

32. У больного голова свисает на грудь («свислая» голова), повороты ее в сторону не возможны. Плечи опущены, резко затруднено пожатие плечами и поднятие рук выше горизонтального уровня. «Крыловидные» лопатки. Наблюдается атрофия грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение n. accessories (добавочного нерва, 11чмн) с двух сторон.

33. У больного имеется атрофия правой половины языка, язык высовывании отклоняется вправо, паралич верхней и нижней конечности слева. Сухожильные рефлексы слева повышены. Расстройств чувствительности нет.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Альтернирующий синдром Джексона, поражение продолговатого мозга справа. (поражение подъязычного нерва (12 чмн) и кортико-спинального пути справа)

34. У больного миоз, энофтальм и сужение глазной щели слева, слева определяется вялый парез руки. Где локализуется процесс?

Ответ: Боковые рога спинного мозга слева на уровне С8-Т1 (Синдром Клода-Бернара-Горнера) и передние рога слева С5-Т1 (на протяжении шейного утолщения).

35. Больной не понимает обращенную к нему речь, иногда вместо слов произносит бессмысленные сочетания букв. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Сенсорная афазия, область Вернике - височная доля, в заднем отделе верхней височной извилины доминирующего полушария (слева у правшей).

36. У больного имеется вялый парез рук, в мышцах рук, плечевого пояса отмечаются фибриллярные подергивания. Других нарушений нет.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Передние рога на уровне С5-Т1 (шейное утолщение) на обеих сторонах.

37. У больного имеется глухота на правое ухо, правостороннее периферическое поражение лицевого нерва, отсутствует корнеальный рефлекс справа. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение мостомозжечкового угла: лицевой (7 чмн), преддверно-улитковый (8 чмн) справа.

38. У больного имеется атетоз в обеих руках, насильственные мимические движения, затруднение жевания и глотания вследствие временных спазмов.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение экстрапирамидной системы: стриарной системы (хвостатого ядра)

39. У больного имеется двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко отклонено кнутри, объем движений левого полный. Имеется поражение правого лицевого нерва по периферическому типу. В левых конечностях ослаблена мышечная сила, сухожильные рефлексы в них повышены. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Мост, 6,7 ЧМН и кортико-спинальный тракт справа. Левосторонняя центральная гемиплегия. Альтернирующий синдром Фовилля справа.

40. Больной при сохранности мышечной силы и координации движений не может завязывать шнурки, застегнуть пуговицу, зажечь спичку.

Определить очаг поражения?

Ответ: Апраксия идеаторная, надкраевая извилина теменной доли, доминирующего полушария (слева у правшей).

41. У больного отсутствуют активные движения в ногах. Тонус высокий. Коленный и ахиллов рефлексы повышены, клонусы наколенников и стоп. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Утрачены все виды чувствительности книзу от паховых складок (по проводниковому типу). Отмечена задержка мочи и стула. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: центральная нижняя параплегия, поражение спинного мозга уровень T12-L1

42. У больного имеется правосторонняя гемианопсия, при освещении щелевой лампой левых половин сетчаток реакции зрачков на свет нет. На глазном дне – первичная атрофия зрительных нервов. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: трактузная гемианопсия. Поражен левый зрительный тракт.

43. У больного имеется замедленность всех движений в правой руке, определяется феномен зубчатого колеса, временами легкое дрожание в виде счета монет. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: паллидум слева

44. У больного отмечена левосторонняя гемианестезия, гемианопсия, гемиальгия. Боль в левой половине тела мучительная, плохо локализуется, не купируется анальгетиками. Где локализуется очаг поражения?

Ответ : таламус справа

45. Перед общим эпилептическим припадком у больного появляется кратковременное ощущение неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц. Где локализуется очаг поражения? Как называются эти ощущения?

Очаг: височная доля , ункус . Унцинарные припадки, обонятельные галлюцинации – фокальная эпилепсия

46. У больного отмечается расстройство мышечно-суставной чувствительности в пальцах правой кисти, снижение тактильной чувствительности на правой руке, нарушения болевой и температурной чувствительности нет. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: ядро Бурдаха справа, продолговатый мозг

47. У больного при открывании рта нижняя челюсть смещается вправо, объем и скорость движений ее влево снижены. Справа определяется снижение болевой, температурной и тактильной чувствительности кожи нижней губы, нижней части щеки, подбородка, задней части боковой поверхности лица, слизистой дна ротовой полости, языка, десен нижней челюсти. Определить очаг поражения?

Очаг: 3-я ветвь тройничного нерва

48. У больного язык внешне не изменен, при высовывании отклоняется вправо. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: центральный паралич 12 пары ЧМН, лобная доля справа

49. У больного обнаруживается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны, походка шаткая («пьяная»). Шатание усиливается при поворотах, особенно

вправо. При пробе Ромберга падает в правую сторону. Отмечаются промахивание и интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной пробы справа. Мегалография. Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Суставно-мышечное чувство сохранено.

Где очаг поражения?

Очаг: мозжечок - правое полушарие

50. Общий судорожный припадок у больного начинается с поворота головы и глаз вправо. Где очаг поражения? Как называется область поражения?

Очаг: задний отдел средней лобной извилины слева. Лобный центр взора или переднее адверсивное поле¹

Вопросы к зачету для ординаторов 1 года по теме «Неврологический статус»

1. Гнозис. Методика исследования гнозиса.
2. Методика исследования функции 12 черепного нерва. Бульбарный синдром.
3. Праксис. Методика исследования праксиса.
4. Методика исследования поверхностной, глубокой и сложных видов чувствительности.
5. Методика исследования обонятельного анализатора.
6. Методика исследования функции экстрапирамидной системы.
7. Методика проведения люмбальной пункции. Показания и противопоказания.
8. Методика выявления очаговых симптомов поражения нервной системы у больных, находящихся в коматозном состоянии.
9. Методика исследования функции тройничного нерва (чувствительная и двигательная порции).
10. Методика исследования произвольных движений. Оценка степени и вида пареза.
11. Методика исследования функции глазодвигательных нервов, зрачковых реакций.

¹ Протокол № 12 от 29.06.23 г. дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик дисциплины Б1.Б6 «Базовая часть» по специальности «31.08.42. Неврология»

12. Методика исследования мышечного тонуса, виды его нарушения.

13. Методика выявления и дифференцирования различных видов афазий. Дифдиагностика с дизартирией.
14. Методика исследования менингеального симптомокомплекса.
15. Методика исследования функции лицевого нерва.
16. Методика исследования координации движений и равновесия.
17. Методика исследования зрительного анализатора.
18. Методика исследования вегетативных функций (дермографизм, проба Даньини-Ашнера, ортоклиностагическая проба).
19. Методика исследования функции бедренного нерва.
20. Методика исследования болевых точек (паравертебральные, Эрба, Вале, Гара) и симптомов натяжения.
21. Методика исследования функции срединного нерва.
22. Методика исследования функции лучевого нерва.
23. Методика составления генеалогической таблицы и определения типа наследования заболевания в семье.
24. Методика исследования патологических стопных рефлексов.
25. Оценка состояния сознания (ясное, оглушение, сопор, кома, делирий).
26. Исследование функции 11 пары черепных нервов.
27. Оценить общемозговые симптомы (уровень контакта с пациентом, ориентировка в месте, времени, собственной личности)
28. Оценить мышечные атрофии, фибрилляции и фасцикуляции.
29. Выявить невральные, корешковые, сегментарные, спинальные, проводниковые (спинальные или церебральные) и корковые расстройства чувствительности.
30. Выявлять альтернирующие синдромы, бульбарный и псевдобульбарный синдром.¹

¹ Протокол № 12 от 29.06.23 г. дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик дисциплины Б1.Б6 «Базовая часть» по специальности «31.08.42. Неврология»

12.2 ФОС К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – собеседование, тестирование, рефераты, дискуссия

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование
Подготовка ко всем видам контрольных испытаний	Тестирование Собеседование

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
------------	-------------	----------

Б 1.Б.6.1	Раздел 1 «Фундаментальная неврология»	12
Б 1.Б.6.2	Раздел 2 «Топическая диагностика»	58
Б 1.Б.6.3	Раздел 3 «Общая неврология»	30
Б 1.Б.6.4	Раздел 4 «Частная неврология»	224

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 . «Фундаментальная неврология»</p>	<p>1. Физиология нейрона. Структура и свойства нейрона. Потенциал покоя и потенциал действия.</p> <p>2. Физиология и функции глии (астроциты, олигодендроциты, шванновские клетки).</p> <p>3. Физиология миелиновой оболочки. Роль миелина в проведении нервных импульсов. Особенности строения миелина в ЦНС и периферической нервной системе.</p> <p>4. Физиология гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Структура ГЭБ. Особенности проникновения лекарственных субстанций через ГЭБ.</p> <p>5. Понятие синапса, виды синапсов. Медиаторы и их виды. Рецепторы: определение, виды, физиология, постсинаптические и пресинаптические рецепторы.</p> <p>6. Физиология вегетативной нервной системы (ВНС). Роль и основные функции ВНС. Эффекты симпатической и парасимпатической активации. Адренорецепторы: определение, виды, физиология. Холинорецепторы.</p> <p>7. Терморегуляция. Потоотделение. Регуляция зрачка.</p> <p>8. Регуляция дыхания. Регуляция моторики желудочно-кишечного тракта и акта дефекации. Регуляция функций мочевого пузыря и акта мочеиспускания. Регуляция эректильной функции.</p> <p>9. Аfferентные и эfferентные системы. Аfferентные системы: восприятие сенсорных стимулов, их проведение, синтез и оценка. Эfferентные системы: пирамидная, экстрапирамидная, мозжечковая, вегетативная.</p> <p>10. Лимбико-ретикулярный комплекс - морфофункциональная основа деятельности неспецифических систем. Интегративный принцип деятельности неспецифических систем.</p> <p>11. Функциональная межполушарная асимметрия. Локализация функций в полушариях мозга. Специализация полушарий.</p> <p>12. Современные представления о медиаторах и медиаторных системах; принципы сосуществования медиаторов в нейронах; локализация различных медиаторных систем в , их классификация, функции</p> <p>13. Нервно-мышечная передача: роль ацетилхолина; кальциевые каналы.</p> <p>14. Рилизинг-факторы гипоталамуса (статины и либерины). Нейротрансмиссерный контроль за гипоталамическими функциями. Принцип обратной связи (система гипоталамус-гипофиз-периферические эндокринные железы).</p>
---	---

15. Обмен дофамина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме дофамина.
16. Обмен норадреналина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме норадреналина.
17. Обмен серотонина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме серотонина.
18. Обмен ацетилхолина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме ацетилхолина.
19. Обмен гистамина и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме гистамина.
20. Обмен гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и препараты, воздействующие на него.
21. Обмен глутамата и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме глутамата.
22. Обмен окиси азота (NO) и препараты, воздействующие на него. Современные представления о метаболизме NO.
23. Нейропротекторы и антиоксиданты.
24. Понятие об апоптозе. Эксайтотоксичность и окислительный стресс – неспецифические механизмы патогенеза заболеваний нервной системы. Нейропротекторы и антиоксиданты – виды и классы.
25. Витамины. Место витаминов в патогенезе заболеваний центральной и периферической нервной системы.
26. Ноотропы.
27. Гормоны. Кортикостероиды, глюкокортикоиды, минералокортикоиды, анаболики и механизм их действия. Роль и место гормонов в терапии заболеваний нервной системы.
28. Антагонисты кальция (АК). Группы АК. Особенности применения. Осложнения применения АК.
29. Вазоактивные препараты. Классы вазоактивных препаратов. Механизмы действия. Осложнения
30. Антikonвульсанты. Виды антikonвульсантов и механизм их действия. Мембранстабилизирующие возможности. Осложнения применения антikonвульсантов.
31. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Классы. Особенности действия. Осложнения применения НПВП.
32. Миорелаксанты. Миорелаксанты центрального и периферического действия (ботулотоксин).
33. Антикоагулянты, фибринолитики, антиагреганты.
34. Анальгетики. Группы препаратов, особенности их воздействия. Осложнения применения.
35. Блокаторы адренергических рецепторов. Бета-адреноблокаторы. Альфа-адреноблокаторы. Особенности применения в неврологии. Осложнения.
36. Снотворные. Виды снотворных препаратов. Коротко-, средне-, долгоживущие препараты. Особенности применения в неврологии. Осложнения.
37. Психотропные препараты (ПП). Классификация ПП. Нейролептики: типичные и атипичные (большие и малые); седативного и активирующего действия.
38. Анксиолитики: производные бензодиазепинов; карбаминовые эфиры замещенного пропандиола; производные дифенилметана;

	<p>транквилизаторы различных химических групп. Механизмы действия.</p> <p>39. Антидепрессанты (АД): классификация, механизмы действия.</p> <p>40. Психостимуляторы: классификация, механизмы действия.</p> <p>41. Осложнения применения психотропных средств: неврологические, нейро-обменно-эндокринные, вегетативные; психические; злокачественный синдромы; синдром отмены; привыкание; зависимость.</p> <p>42. Нейрогенетика. Понятие о гене, хромосоме, хромосомный набор человека.</p> <p>43. Особенности деления соматической клетки (митоза) и половой клетки (мейоза).</p> <p>44. Аллельный ген. Мутация. Экспрессивность и пенетрантность наследственного признака. Генетическая гетерогенность.</p> <p>45. Понятие врожденного, наследственного и семейного заболевания в нейрогенетике.</p> <p>46. Врожденные морфогенетические варианты развития (микроаномалии) и пороки развития нервной системы.</p> <p>47. Основные типы наследования в нейрогенетике; гетерозиготное носительство и способы его выявления.</p> <p>48. Понятие о наследственной гетерогенности болезней нервной системы.</p> <p>49. Хромосомные болезни нервной системы.</p> <p>50. Методы диагностики наследственной патологии нервной системы.</p> <p>51. Клинико-генеалогический метод анализа, составление родословных, медико-генетическое консультирование в неврологии.</p> <p>52. Нейропсихология. Основные функциональные блоки по А.Р. Лурия. Блок поддержания тонуса коры. Блок переработки и хранения информации. Блок формирования и контроля программы.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Топическая диагностика»</p>	<p>1. Чувствительность. Проводниковые пути. Чувствительные нарушения. Виды расстройств чувствительности.</p> <p>2. Боль. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы мозга.</p> <p>3. Центральный и периферический двигательный нейрон. Двигательные центральные нарушения: Симптомы поражения центрального двигательного нейрона на различных уровнях</p> <p>4. Двигательные периферические нарушения: признаки периферического паралича, симптомы поражения мышц, периферического нерва, нервно-мышечного синапса, стволов сплетений, переднего корешка, переднего рога, двигательных ядер черепных нервов, самих черепных нервов.</p>

5. Координация движений и ее расстройства: Мозжечок и вестибулярная система, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений. Различные виды атаксий.
6. Экстрапирамидные нарушения: подкорковые узлы, синдромы их поражения. Гипокинетически-гипертонический синдром.
7. Экстрапирамидные нарушения: подкорковые узлы, синдромы их поражения; Гиперкинезы.
8. Поражение больших полушарий. Расстройства высших психических функций.
9. Речь и ее расстройства. Импрессивная и экспрессивная речь. Афазии. Мутизм. Алалия. Дизартрия. Алексия. Аграфия.
10. Гнозис и его расстройства. Агнозии (зрительная, слуховая, сензитивная, анозогнозия, обонятельная и вкусовая агнозия).
11. Праксис и его расстройства. Апраксия (идеаторная, конструктивная, моторная, кинестетическая).
12. Память и ее расстройства.
11. Мышление и его расстройства. Врожденное слабоумие. Задержка умственного развития.
12. Понятие о деменции и псевдодеменции. Кортикальная и подкорковая деменция.
13. Обонятельный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Аносмия, гипосмия, гиперосмия.
14. Зрительный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
15. Глазодвигательные нервы. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
16. Тройничный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Невралгия тройничного нерва.
17. Лицевой нерв и промежуточный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
18. Преддверно-улитковый нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Вестибулярный нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия. Синдром Меньера.
19. Каудальная группа нервов. Языкоглоточный нерв – IX; блуждающий нерв – X; добавочный нерв – XI; подъязычный нерв – XII. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Булбарный и псевдобулбарный синдромы.
20. Синдромы сочетанного поражения черепных нервов. Синдром мосто-мозжечкового угла и др.

21. Строение и поражение ствола Ретикулярная формация ствола мозга: её строение и функции.
22. Синдромы зрачковых и глазодвигательных расстройств.
23. Синдромы нарушений бодрствования и сознания (выключение сознания, гиперсомнические и коматозные расстройства).
24. Альтернирующие синдромы. Латеральный и медиальный синдром ствола мозга.
25. Синдром дислокации и ущемления ствола мозга в области отверстия мозжечкового намета и большого затылочного отверстия.
26. Синдром центральных апноэ. Другие синдромы дыхательных расстройств у больных в коме.
27. Синдром острых постуральных расстройств («дроп-атака»).
28. Анатомия и физиология спинного мозга. Определение сегмента. Шейное и пояснично-крестцовое утолщения.
29. Спинной мозг: серое вещество – анатомия, синдромы поражения.
30. Спинной мозг – белое вещество – анатомия, синдромы поражения.
31. Синдромы поражения отдельных участков поперечного среза спинного мозга
32. Синдромы поражения задних канатиков; бокового канатика; половины поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара);
33. Синдром поражения вентральной половины поперечника спинного мозга. Синдром полного поражения спинного мозга
34. Поражение ПНС: Радикулопатии – синдром поражения переднего корешка, синдром поражения заднего корешка, синдром поражения корешков конского хвоста.
35. Плексопатии: синдромы поражения шейного сплетения;
36. Синдромы поражения плечевого сплетения (синдром поражения верхнего первичного пучка – паралич Дюшена-Эрба, синдром поражения среднего пучка, синдром поражения нижнего первичного пучка – паралич Дежерина Клюбера-ОПКе).
37. Синдромы поражения поясничного сплетения.
38. Синдромы поражения крестцового сплетения.
39. Синдромы поражения шейного сплетения.
40. Синдромы поражения периферических нервов плечевого сплетения: лучевой, локтевой, срединный нервы.

	<p>41. Синдромы поражения грудных нервов.</p> <p>42. Синдромы поражения периферических нервов поясничного сплетения: бедренный нерв, запирающий нерв, наружный кожный нерв бедра (синдром Рота).</p> <p>43. Синдромы поражения периферических нервов крестцового сплетения: седалищный, малоберцовый, большеберцовый нервы.</p> <p>44. Полинейропатии (аксонопатии, миелінопатии): сенсорная, моторная, вегетативная, смешанная, дистальная, проксимальная.</p> <p>45. Нарушение тазовых функций. Недержание мочи. Истинное недержание мочи. Задержка мочеиспускания. Императивные позывы. Неврогенные расстройства мочеиспускания. Нарушения дефекации. Нарушения половой функции: нейрогенная импотенция.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Общая неврология»</p>	<p>1. Электроэнцефалография (ЭЭГ). Патологические изменения в ЭЭГ. Эпилепсия и ЭЭГ. Роль ЭЭГ в оценке функционального состояния мозга.</p> <p>2. Реоэнцефалография и реовазография. Основные показания к применению.</p> <p>3. Допплероультрасонография. Основные показания к применению. Возможности метода для динамического контроля при оперативных вмешательствах.</p> <p>4. Вызванные потенциалы (ВП): соматосенсорные, зрительные, слуховые, стволовые. Роль ВП в диагностике уровня поражения афферентных систем и оценки их функционального состояния.</p> <p>5. Электронейромиография (ЭНМГ). ЭНМГ критерии разных уровней поражения (нижний мотонейрон, корешок спинного мозга, нервный ствол, мышца). Глобальная, локальная и стимуляционная ЭНМГ.</p> <p>6. Полисомнография. Основные показания к применению.</p> <p>7. Методы исследования сегментарного отдела вегетативной нервной системы и их оценка. Вызванные кожные симпатические потенциалы, вызванные сосудистые реакции, кардиоваскулярные тесты (проба с глубоким медленным дыханием, проба с активным вставанием, проба Вальсальвы, ортопроба, проба с изометрическим физическим напряжением, нагрузкой).</p> <p>8. Исследование порогов боли (альгометрия, ноцептивный флексорный рефлекс). Болевые оценочные шкалы.</p> <p>9. Рентгеновская компьютерная томография (КТ) Основные показания при заболеваниях ЦНС.</p>

	<p>10.Магнитно-резонансная томография (МРТ), МР-ангиография. Радионуклидные методы нейровизуализации.</p> <p>11.Позитронная эмиссионная томография – метод прижизненного количественного исследования метаболизма и кровотока в ЦНС.</p> <p>12. Боль.. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы. Острая и хроническая боль. Ноцицептивная и невропатическая боль. Висцеральные боли. Отраженные боли. Психогенные боли. Методы оценки боли.</p> <p>13.Головокружение. Центральные и периферические системы контроля равновесия и ориентации тела в пространстве. Системное и несистемное головокружение.</p> <p>14.Повышение внутричерепного давления. Ликворные системы мозга. Регуляция внутричерепного давления. Ликворопродукция и ликворорезорбция. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Гидроцефалия. Наружная и внутренняя. Открытая и закрытая.</p> <p>15.Нарушения сознания. Пароксизмальная утрата сознания и длительное (перманентное) изменение сознания: спутанность сознания, оглушение, делирий, сопор, кома. Акинетический мутизм. Хроническое вегетативное состояние. Смерть мозга. Синдром «запертого человека».</p> <p>16.Стояние и ходьба. Способы измерения равновесия и ходьбы (клинические шкалы, стабилография, видеокинематический анализ ходьбы).</p> <p>17. Клинические варианты нарушений ходьбы (дисбазия) и стояния (астазия).</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Частная неврология»</p>	<p>1.Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Функциональные шкалы оценки тяжести инсульта.</p> <p>2.Патофизиология церебрального инсульта. «Ишемический каскад». Хронобиология церебрального инсульта.</p> <p>3.Принципы исследования больного с церебро-васкулярным заболеванием, параклинические методы диагностики</p> <p>4. Транзиторная ишемическая атака. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>5. Ишемический инсульт. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>6.Геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>7.Хроническая ишемия мозга. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>8. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p> <p>9..Хирургическое лечение сосудистых заболеваний головного мозга (показания к хирургическому лечению).</p> <p>10.Заболевания вен ГМ и синусов. Этиология, патогенез, лечение и профилактика</p>

11. Сосудистые заболевания спинного мозга. Острый спинальный инсульт. Хроническая сосудистая миелопатия.
12. Опухоли центральной нервной системы. Гистологическая классификация опухолей ЦНС.
13. Особенности течения различных типов опухолей. Первичные и метастатические опухоли мозга. Особенности течения супра- и субтенториальных, конвекситальных и глубинных опухолей, опухолей средней линии.
14. Первичные (очаговые) и вторичные симптомы опухолей ГМ.
15. Диагностика опухолей головного мозга (клиническая и параклиническая). Роль нейровизуализационных исследований.
16. Экстренные, срочные и относительные показания к операции. Типы операций (радикальные тотальные и субтотальные, частичные, паллиативные, пластические, противоболевые).
17. Хирургическое лечение внутримозговых глиальных опухолей, менингиом, невринома, аденома гипофиза, краниофарингиом, опухолей черепа.
18. Лучевое и медикаментозное лечение опухолей ГМ, послеоперационное лечение.
19. Клиника опухолей спинного мозга и прилежащих образований: корешково-оболочечные, проводниковые и сегментарные симптомы.
20. Клиника и диагностика опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста. Особенности течения интрамедуллярных опухолей и экстрамедуллярных опухолей (интра- и экстрадуральных).
21. Опухоли спинного мозга. Показания к операции, основные типы операций. Лучевое и медикаментозное лечение.
22. Менингиты: гнойные и серозные; острые и хронические (арахноидиты). Этиология, патогенез. Менингизм.
23. Гнойные менингиты: этиология, патогенез, лечение и профилактика
24. Серозные менингиты: этиология, патогенез, лечение и профилактика
23. Энцефалиты – острые и хронические. Классификация.
24. Клещевой и комариный энцефалиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
25. Энцефалит Экономо. Этиология, патогенез, лечение и профилактика

26. Герпетический энцефалит. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
27. Туберкулезные поражения нервной системы (менингиты, энцефаломиелиты, менинго-миелиты, туберкулема), поражение позвоночника. Патогенез, лечение и профилактика
28. Грибковые поражения нервной системы. Грибковые менингиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
29. Поражения нервной системы при опоясывающем лишае; постгерпетическая невралгия. Патогенез, лечение и профилактика
30. СПИД и нервная система. Классификация поражений. Патогенез, лечение и профилактика
31. Нейроборрелиоз (болезнь Лайма).
32. Особенности поражения центральной и периферической нервной системы при сифилисе.
33. Паразитарные заболевания нервной системы (цистицеркоз, эхинококкоз, токсоплазмоз).
34. Особенности поражения центральной и периферической нервной системы при ботулизме.
35. Рассеянный склероз. Классификация. Варианты течения .
36. Клинические критерии диагностики рассеянного склероза: по Позеру, Мак Доналду – достоверный, вероятный, возможный. Шкала инвалидности Куртцке. Параклинические критерии – МРТ, иммуно-ликвородиагностика, вызванные потенциалы.
37. Рассеянный склероз. Особенности лечения в период обострений и профилактика обострений методами длительной иммунокоррекции.
38. Рассеянный склероз. Симптоматическое лечение спастичности, боли, тазовых расстройств, тремора, пароксизмальных, эмоциональных и других проявлений.
39. Дифференциальный диагноз рассеянного склероза: острые рассеянные энцефаломиелиты (первичный и вакцинальный), лейкоэнцефалиты (лейкоэнцефалит Шильдера), панэнцефалит (Ван-Богарта). Лейкодистрофии и лейкоэнцефалопатии. Клиника, диагностика, лечение.
40. Травматическое поражение нервной системы. Виды черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (закрытая, открытая; проникающая и непроникающая). Основные факторы патогенеза .
41. Классификация черепно-мозговых травм. Сотрясение мозга. Клиника, диагностика, лечение. Клиника, диагностика, лечение.

42. Ушиб мозга легкой степени. Ушиб мозга средней степени. Тяжелый ушиб головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.

43. Сдавление мозга на фоне его ушиба. Сдавление мозга без сопутствующего ушиба. Клиника, диагностика, лечение.

44. Периодизация ЧМТ (острый период, промежуточный, период отдаленных последствий). Тяжесть ЧМТ (рубрификация). 45. ЧМТ. Тяжесть состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное) и критерии ее оценки (состояние сознания, степень нарушения витальных функций, выраженность неврологической симптоматики).

46. Неврологические проявления периода отдаленных последствий ЧМТ. «Посттравматическая энцефалопатия» и критерии ее диагностики. Посткоммоционный синдром (клиника и диагностика). Основы терапии

47. Спинальная травма. Травма периферических нервов. Клиника, диагностика, лечение.

48. Патология ликвороциркуляции. Открытая и закрытая гидроцефалия. Отек и набухание головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.

49. Нормотензивная гидроцефалия. Клиника, диагностика, лечение.

50. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Клиника, диагностика, лечение.

51. Нервно-мышечные заболевания. Прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД). X-сцепленные Дюшенна и Беккера и другие. Клиника, диагностика, лечение.

52. Аутосомные ПМД – лицелопаточно-плечевая Ландузи-Дежерина, скапуло-перонеальная Давиденкова, конечностно-поясная Эрба-Рота, дистальные и окулофарингеальные формы.

53. Спинальные амиотрофии. Проксимальные спинальные амиотрофии детского возраста – 1, 2, 3 типа и редкие формы. Клиника, диагностика, лечение.

54. Спинальные амиотрофии взрослых – бульбоспинальная, дистальная, и др. Клиника, диагностика, лечение.

55. Метаболические миопатии – при гликогенозах, митохондриальные энцефаломиопатии (с-м Кирнса-Сейра, с-м MELAS, с-м MERRF), миопатические синдромы при нарушениях обмена карнитина, алкогольная миопатия. Клиника, диагностика, лечение.

56. Миастения и миастенические синдромы. Клиника, диагностика, лечение.

57. Клиническая диагностика миастении (синдром патологической мышечной утомляемости). Параклиническая диагностика миастении (прозеринавая проба, ЭНМГ, иммунодиагностика, исследование вилочковой железы). Лечение миастении- лекарственное и хирургическое.

58. Миастенический и холинергический криз, принципы лечения. Конечностно-поясная миастения и миастения новорожденных. Клиника, диагностика, лечение.

59. Миастенические и миастеноподобные синдромы: синдром Ламберта-Итона, семейная инфантильная миастения, врожденная миастения, лекарственная миастения и др. Клиника, диагностика, лечение.

60. Миотонии: дистрофическая, врожденная (Томсена и Беккера), ремиттирующая (при избытке калия). Клиника, диагностика, лечение.

61. Периодические параличи: семейный гиперкалиемический, семейный гипокалиемический, семейный нормокалиемический, симптоматические. Миоглобинурия. Клиника, диагностика, лечение.

62. Синдромы гиперактивности двигательных единиц: синдром ригидного человека, нейромиотония, тетания, крампи, миокимии, синдром Шварца-Джампела и другие. Клиника, диагностика, лечение.

63. Заболевания периферической нервной системы. Нейропатии: сенсорные, моторные, вегетативные, смешанные. Аксонопатии, миелінопатии. Принципы ЭНМГ-диагностики.

64. Полиневропатии наследственные (НМСН Шарко-Мари-Тута, со склонностью к параличам от давления, синдром Русси-Леви, сенсорно-вегетативные, болезнь Фабри, порфирийная и др.). Клиника, диагностика, лечение.

65. Полинейропатии идиопатические воспалительные (синдромы Гийена-Барре и Фишера, ХВДП, мультифокальная с блоками проведения). Клиника, диагностика, лечение.

66. Полиневропатии при соматических заболеваниях (диабетическая, уремическая, парапротеинемическая, при коллагенозах и васкулитах, паранеопластическая, критических состояний). Клиника, диагностика, лечение.

67. Полинейропатии токсические (алкогольная, мышьяковая, при отравлении ФОС, свинцовая, изониазидная и др.). Клиника, диагностика, лечение.

68. Плексопатии плечевая (травматическая, неопластическая, лучевая). Синдром Персонейджа-Тернера. Синдром верхней апертуры грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение.

69. Плексопатия пояснично-крестцовая. Клиника, диагностика, лечение.
70. Краниальные невропатии. Множественная краниальная невропатия. Синдром болевой офтальмоплегии. Синдром Гарсена. Клиника, диагностика, лечение.
71. Туннельные невропатии. Клиническая картина и диагностика туннельных невропатий отдельных нервов. Синдромы мышечных лож. Клиника, диагностика, лечение.
72. Туннельные невропатии. Принципы диагностики, консервативное лечение и показания к хирургическому лечению. Клиника, диагностика, лечение.
73. Вертеброгенные поражения периферической нервной системы (рефлекторные мышечно-тонические, компрессионно-ишемические радикуло-миелопатические синдромы). Миофасциальный болевой синдром. Клиника, диагностика, лечение.
74. Комплексный регионарный болевой синдром (рефлекторной симпатической дистрофии). Клиника, диагностика, лечение.
75. Боковой амиотрофический склероз. Особенности клинического течения различных форм БАС. Клинические и ЭНМГ-критерии диагностики БАС. Клиника, диагностика, лечение.
76. Синдромы БАС (спондилогенная миелопатия, прогрессирующие спинальные амиотрофии, при инфекциях, интоксикациях, пострадиационная миелопатия, мультифокальная двигательная невропатия с блоками проведения, паранеопластический синдром и другие). Симптоматическое лечение БАС.
77. Дегенеративные заболевания ЦНС с преимущественным поражением пирамидной системы и мозжечка: наследственная спастическая параплегия (изолированная и спастическая параплегия-плюс). Клиника, диагностика, лечение.
78. Спиноцеребеллярные дегенерации: наследственные спиноцеребеллярные атаксии (болезнь Фридрейха, наследственная витамин-Е дефицитная атаксия, аутосомно-доминантные спиноцеребеллярные атаксии 1-13 типов, эпизодические атаксии, с-м Маринеску-Шегрена). Клиника, диагностика, лечение.
79. Врожденная гипоплазия мозжечка. Спорадические формы спино-церебеллярных дегенераций. Клиника, диагностика, лечение.
80. Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма (прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемная атрофия, кортико-базальная дегенерация).

Лекарственное и хирургическое лечение болезни Паркинсона, осложнения фармакотерапии.

81.Тремор. Классификация (покоя, постуральный, кинетический). Эссенциальный тремор. Клиника, диагностика, лечение

82. Дистонии. Принципы классификации. Клиническая диагностика дистоний. Лекарственное и хирургическое лечение. Клиника, диагностика, лечение Лечение ботулотоксином.

83. Хорея Гентингтона и другие хореи (сенильная, малая, лекарственная, синдром хорея-акантоцитоз, доброкачественная, синдром Леша-Нихена). Клиника, диагностика, лечение

84. Миоклонус (корковый, стволочно-подкорковый, сегментарный, периферический). Клиника, диагностика, лечение

85.Первичный и вторичный миоклонус. Эпилептический миоклонус. Миоклонус–эпилепсия. Стартл-синдром и гиперэксплексия. Клиника, диагностика, лечение

86.Тики и синдром Туретта. Клиника, диагностика, лечение

87. Лекарственные дискинезии (нейролептические и другие). Клиника, диагностика, лечение

88.Головные боли. Классификация и диагностические критерии первичных и симптоматических головных болей (симптомы «опасности»).

89.Мигрень без ауры и мигрень с аурой. Виды аур. Дифференциальная диагностика мигрени с аурой с ТИА и др. органическими неврологическими заболеваниями. Клиника, диагностика, лечение.

90. Мигренозный статус и другие осложнения мигрени. Возрастные особенности мигрени. Клиника, диагностика, лечение мигрени.

91. Первичные сосудистые головные боли (пучковая, ХПГ). Классификация. Клиника, диагностика, лечение

92.Головные боли напряжения: эпизодические и хронические: с напряжением и без напряжения перикраниальных мышц.

93.Симптоматические головные боли. Гипертензионные ГБ, посттравматические ГБ: острые и хронические. Головные боли при артериальной гипертензии. ГБ при метаболических расстройствах: гиперкапния и гипокапния.

94. Связь ГБ с синдромом апное во сне (САС). Абузусные головные боли, обусловленные злоупотреблением анальгетиков. Принципы их лечения.

95. Цервикогенная ГБ. Клиника, диагностика, лечение.

96. Невралгия тройничного и языкоглоточного нервов. Периферические и центральные факторы патогенеза. Методы консервативного и хирургического лечения.

97. Миофасциальная лицевая болевая дисфункция. Патогенетическое значение нарушений прикуса и дисфункции ВНЧС. Ортопедическая коррекция и фармакологическое лечение.

98. Болевая офтальмоплегия. С-м Толосы – Ханта. Головные и лицевые боли, связанные с заболеванием глаз (глаукома) и ЛОР – органов (воспаление придаточных пазух, уха). Клиника, диагностика, лечение

99. Эпилепсия. Основные механизмы эпилептогенеза. Эпилептические припадки (генерализованные, парциальные). Стандарт ведения пациента с первым эпилептическим припадком.

100. Эпилепсии и эпилептические синдромы. Парциальные эпилепсии (симптоматические, идиопатические). Темпоральные и экстратемпоральные неокортикальные эпилепсии. Клиника, диагностика, лечение

101. Генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы. Возрастозависимые идиопатические эпилептические синдромы. Криптогенные и симптоматические, связанные с возрастом синдромы. Клиника, диагностика, лечение

102. Эпилепсия и беременность. Эпилептический статус. Фебрильные судороги. Клиника, диагностика, лечение

103. Неэпилептические пароксизмы, дифференциальный диагноз с эпилепсией. Клиника, диагностика, лечение

104. Принципы фармакологического лечения эпилепсии. Хирургическое лечение.

105. Наследственные и врожденные заболевания ЦНС. Липидозы с нарушением обмена сфингомиелина (б-нь Нимана – Пика), глюкоцереброзидов (б-нь Гоше). Тип болезни. Тип наследования. Клиника, диагностика, лечение

106. Лейкодистрофии: метохроматическая, глободно-клеточная (б-нь Краббе), суданофильная (б-нь Пелициуса-Мерцбахера). Мукополисахаридозы, муколипидозы, болезнь Морфана. Клиника, диагностика, лечение

- 107.Нарушения метаболизма аминокислот: фенилкетонурия, гомоцистинурия и др. Клиника, диагностика, лечение
- 108.Факоматозы. Нейрофиброматоз Реклингаузена: периферическая и центральная формы. Клиника, диагностика, лечение
- 109.Системный цереброретиновисцеральный ангиоматоз (б-нь Гиппель – Линдау): с преимущественным поражением мозжечка «опухоль Линдау» и сетчатки «опухоль Гиппеля». Атаксия – тельангиоэктазия (с – м Луи – Бар). Болезнь Штурге-Вебера. Клиника, диагностика, лечение
- 110.Врождённые аномалии. Сирингомиелия: основные формы (сирингобульбия). Показания к хирургическому лечению. Клинические и нейровизуализационные признаки. Принципы терапии.
- 111.Spina - bifida. С – м Арнольда Киари, Денди-Уокера. Базилярная импрессия и платибазия. Врождённый нистагм. Арахноидальные кисты. Клиника, диагностика, лечение
- 112.Соматоневрологические синдромы. Неврологические расстройства (энцефалопатии и полинейропатии) при болезнях внутренних органов, желез внутренней секреции, соединительной ткани, крови. Клиника, диагностика, лечение. Неврология беременности
- 113.Нутритивные, паранеопластические синдромы. Клиника, диагностика, лечение
- 114.Интоксикации. Поражения нервной системы (энцефалопатии и полинейропатии) при интоксикации алкоголем, наркотиками, лекарствами, химиотерапией, промышленными ядами. Клиника, диагностика, лечение
- 115.Деменции. Определение деменций. Методы исследования когнитивных функций и памяти. Классификация деменций. Клиника, диагностика, лечение
116. Дегенеративные деменции. Болезнь Альцгеймера, болезнь телец Леви, другие формы дегенеративных деменций. Сосудистые деменции. Принципы терапии.
- 117.Нарушения цикла «Сон-бодрствование» (ЦСБ). Классификация нарушений сна. Диссомнии, гиперсомнии, парасомнии: виды, клиническая картина, особенности диагностики и лечения. Медицина сна
- 118.Возрастные аспекты неврологических заболеваний. Патология развития плода, детский церебральный паралич. Особенности

течения последствий ДЦП у взрослых. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью . Клиника, диагностика, лечение.

119. Геронтоневрология. Механизмы старения. Особенности течения и принципы терапии неврологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте. Клиника, диагностика, лечение

120.Нейрореабилитация. Понятие нейрореабилитации. Организация реабилитационных мероприятий при различных формах неврологических заболеваний.

121. Акинетико-ригидный синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

122. Астенический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

123.Болевые синдромы спины и верхней конечности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

124. Болевые синдромы спины и нижней конечности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

125. Миофасциальные болевые синдромы. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

126. Синдром вегетативной дистонии (СВД). Особенности клинической картины, диагностика и лечение

127. Гемиплегия (гемипарез). Особенности клинической картины, диагностика и лечение

128. Синдром гиперсомнии. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

129. Гипоталамический синдром. Ожирение и истощение. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

130. Лицевые гиперкинезы. Тремор. Хорея. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

131. Менингеальный синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

132. Миоклонус. Классификация. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

133. Миопатический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение

134. Миотонические и псевдомиотонические синдромы. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
135. Мозжечковая атаксия. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
136. Мышечная слабость проксимальная. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
137. Нейрогенный мочевой пузырь. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
138. Односторонняя слабость лицевой (мимической) мускулатуры. Особенности клинической картины, диагностика и лечение
139. Острая наружная офтальмоплегия. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
140. Острое состояние спутанности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
141. Острое ухудшение зрения на оба глаза. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
142. Острое ухудшение зрения на один глаз. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
144. Параплегия нижняя спастическая. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
145. Эпилептический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
146. Полинейропатический синдром. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
147. Поражение мотонейрона (нижнего и верхнего). Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
148. Приступообразная головная боль. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
149. Синдром патологического положения головы. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
150. Синдром периферической вегетативной недостаточности. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.
151. Эпизоды преходящих парезов конечностей. Особенности клинической картины, диагностика и лечение.

--	--

Темы для рефератов:

1. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга (клиника, диагностика, лечение).
2. Преходящие нарушения мозгового кровообращения: Транзиторные ишемические атаки (клиника, диагностика, лечение).
3. Гипертонические церебральные кризы (клиника, диагностика, лечение): а) общемозговые; б) с очаговыми нарушениями.
4. ДЭП (ХИМ). Этиология и патогенез.
5. ДЭП (ХИМ). Эпидемиология. Клинические формы.
6. Диагностика ДЭП.
7. Классификация ДЭП. Когнитивные нарушения.
8. Клиническая картина ДЭП.
9. Диф. диагностика ДЭП.
10. Принципы терапии ДЭП.
11. Факторы риска ишемических инсультов.
12. Классификация ишемических инсультов.
13. Ишемический инсульт: определение. Периодизация. Методы диагностики.
14. Диф. диагностика ишемических инсультов.
15. Тромболитическая терапия ишемических инсультов.
16. Принципы терапии ишемических инсультов в острую фазу.
17. Антиоксиданты в терапии ишемических инсультов.
18. Антиагреганты в терапии ишемических инсультов.
19. Антикоагулянты в терапии ишемических инсультов.
20. Понятие о нейрореабилитации при ишемических инсультах.
21. Нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика).
22. Прионные болезни (болезнь Крейтцфельдта-Якоба, болезнь Миотчи).

23. Детская эпилепсия: классификация, клиника, особенности терапии.
24. Неврологические проявления ВИЧ-инфекции.
25. Нейросифилис.
26. Нейровизуализационные методы диагностики в неврологии (лучевая диагностика, магнитно-резонансная томография), позитронно-эмиссионные томографии.
27. Миастения. Дифференциальная диагностика пароксизмальных состояний. Лечение.
28. Синдром вегетативной дистонии. Место в структуре неврологической и общей заболеваемости и нетрудоспособности. Вопросы терминологии и классификации. Клиническая характеристика: симпатонические и ваготонические симптомы; генерализованные и локальные нарушения; перменентные и пароксизмальные проявления.
29. Центральная и периферическая регуляция функции тазовых органов. Классификация нарушений функции тазовых органов.
30. Менингиты. Классификация менингитов: гнойные, серозные; бактериальные, вирусные, грибковые; первичные, вторичные.
31. Гнойные менингиты. Менингококковый менингит, клиника, формы, особенности течения, диагностика.
32. Серозные менингиты. Энтеновирусный менингит. Паротитный менингит.
33. Туберкулезный менингит: клиника, диагностика и лечение.
34. Классификация энцефалитов. Герпетический энцефалит. Клиника, диагностика, лечение.
35. Клещевой энцефалит. Клиника, диагностика, лечение.
36. Эпидемический энцефалит Экономо — клиника острой и хронической стадий, дифференциальный диагноз, лечение.
37. Полиомиелит. Полиомиелитоподобные заболевания.
38. Острый рассеянный энцефаломиелит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
39. Рассеянный склероз. Современные представления об этиологии и патогенезе. Основные неврологические синдромы, клинические формы, типы течения. Принципы лечения экзаксаций, ведение ремиссий. Иммуномодуляторы. Иммуносупрессоры. Клеточные технологии.
40. Сосудистые заболевания нервной системы. Заболеваемость, структура, распространенность. Этиология и основные патогенетические механизмы нарушений мозгового кровообращения.
41. Классификация. Клиника и распознавание преходящих нарушений мозгового кровообращения: транзиторных ишемических атак, острой гипертонической энцефалопатии, транзиторной глобальной амнезии, дропп-атак. Малый инсульт.
42. Инфаркт мозга: виды, клиника, диагностические возможности. Лакунарный инсульт. Принципы терапии
43. Внутримозговое кровоизлияние. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние. Паренхиматозное кровоизлияние. Кровоизлияние в мозжечок. Субарахноидально-паренхиматозное

кровоизлияние. Вентрикулярное кровоизлияние. Паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние.
Принципы терапии

44. Особенности клинического ведения пациентов с инсультом. Неотложная медицинская помощь при острых нарушениях мозгового кровообращения. Базисная (недифференцированная) и дифференцированная терапия инсульта.

45. Тромболизис: показания и противопоказания к применению.

46. Хирургическое лечение внутримозговых кровоизлияний. Показания и противопоказания.

47. Заболевания периферической нервной системы . Классификация заболеваний периферической нервной системы. Формы повреждений различных отделов периферической нервной системы и современная терминология (радикулит, радикулопатия, травматическое повреждение корешка, ганглионит, плексит, плексопатия, травматическое повреждение сплетения, неврит, невропатия, невралгия, травматическое повреждение нерва, полиневрит, полиневропатия).

48. Классификация полиневропатий. Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена-Барре.

49. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия.

50. Дифтерийная полиневропатия. Клиника, диагностика, лечение.

51. Диабетическая полиневропатия. Алкогольная полиневропатия. Клиника, лечение.

52. Определение понятия «остеохондроз позвоночника». Функции межпозвонкового диска. Позвоночный двигательный сегмент. Теории возникновения остеохондроза позвоночника. Понятие о дорсопатии. Возникновение грыж межпозвонковых дисков: протрузия (выпячивание), пролапс (выпадение). Медианные, парамедианные, заднелатеральные, латеральные или фораминальные грыжи межпозвонковых дисков.

53. Нейровизуализационная картина остеохондроза позвоночника. Размеры позвоночного канала. Понятие о стенозе и его виды

54. Классификация неврологических проявлений остеохондроза (дорсопатии) позвоночника (рефлекторные, корешковые и корешково-сосудистые синдромы на шейном, грудном и пояснично-крестцовом уровне).

55. Клинические фазы течения остеохондроза позвоночника. Шейные рефлекторные и корешковые синдромы, Проявления грудного уровня, Рефлекторные синдромы на пояснично-крестцовом уровне, рефлекторный и отраженный вертебро-висцеральный и висцеро-вертебральный болевой синдром. Пояснично-крестцовая радикулопатия.

56. Вертеброгенная и дискогенная радикуломиелоишемия. Диагностика и лечение

57. Комплексная терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника.

58. Показания к хирургическому лечению дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии. Хирургическое лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Варианты оперативных вмешательств, исходы.

59. Головные и лицевые боли Современная международная классификация головных и лицевых болей (2013).

60. Первичные головные боли. Мигрень. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
61. Головная боль напряжения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
62. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
63. Вторичные головные боли. Головные и лицевые боли, Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики. Краниальные невралгии и центральные причины головной боли.
64. Тригеминальная невралгия. Классическая тригеминальная невралгия.
65. Наследственные и дегенеративные заболевания нервной и нервно-мышечной систем
66. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Дистрофинопатии: миодистрофии Дюшена и Беккера. Конечностно-поясная миодистрофия Эрба-Рота. Дистальная миодистрофия с поздним дебютом (тип Веландер).
67. Спинальные амиотрофии. Проксимальные спинальные амиотрофии детского возраста: тип I, или острая злокачественная инфантильная спинальная амиотрофия Верднига-Гоффманна; тип II, или хроническая инфантильная спинальная амиотрофия (промежуточный тип); тип III, или ювенильная спинальная амиотрофия Кугельберга-Веландер.
68. Современная классификация наследственных полинейропатий. Наследственные моторно-сенсорные нейропатии
69. Миотония Томсона и Беккера.
70. Наследственная спастическая параплегия (болезнь Штрюмпеля).
71. Спиноцеребеллярные атаксии. Болезнь Фридрейха, поздняя кортикальная мозжечковая атрофия Мари-Фуа-Алажуанина.
72. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Хорея Гентингтона.
73. Болезнь двигательного нейрона, боковой амиотрофический склероз.
74. Миастения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
75. Сирингомиелия. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические формы. Диагностика, консервативные и хирургические методы лечения.
76. Эпилепсия и судорожные состояния. Определение эпилепсии. Этиология эпилепсии. Частота и распространенность эпилепсии. Наследственный фактор. Механизмы эпилептогенеза
77. Классификация эпилептических припадков: международная классификация, международная классификация эпилепсии. Семиология эпилептических припадков. Фебрильные судороги у детей. 78. Классификация эпилепсии. Эпилептические энцефалопатии у детей.
79. Лечение эпилепсии . Эпилепсия и беременность. Образ жизни и трудоспособность больных эпилепсией.

80. Эпилептический статус, определение, причины, лечение.
81. Черепно-мозговая травма. Частота и структура черепно-мозговой травмы. Классификация. Патогенез черепно-мозговых повреждений. Клиника и диагностика основных форм черепно-мозговых повреждений. План обследования пострадавших с черепно-мозговой травмой.
82. Особенности черепно-мозговой травмы у детей, лиц пожилого возраста и травмы на фоне алкогольной интоксикации. Осложнения и последствия черепно-мозговой травмы. Формулировка диагноза. Абсцессы головного мозга.
83. Принципы хирургического лечения. Оптимальные сроки лечения и временной нетрудоспособности при наиболее распространенных формах черепно-мозговых повреждений. Реабилитация пострадавших с черепно-мозговой травмой.
84. Организация нейротравматологической помощи.
85. Опухоли головного мозга. Распространенность и классификация. Особенности понятий злокачественности и доброкачественности в нейроонкологии. Основные неврологические синдромы при опухолевом поражении головного мозга: первичные (очаговые) и вторичные (внутричерепная гипертензия, дислокационные нарушения и др.) синдромы. Гидроцефалия.
86. Клиника и диагностика опухолей полушарной и субтенториальной локализации. Клиника и диагностика опухолей хиазмально-селлярной области.
87. Опухоли головного мозга у детей. Особенности метастатических поражений головного мозга. 88. Наиболее информативные методы диагностики опухолей головного мозга, план обследования больных.
89. Принципы, возможности и исходы хирургического лечения. Лучевая терапия, химиотерапия, симптоматическое лечение.
90. Нейрореабилитация

Критерии и шкала оценивания

2. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

3. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Полнота знания учебного материала по теме занятия2. Аргументированность3. Соблюдение культуры речи4. Собственная позиция5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
---	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ

А) ФОС для базовой части производственной (клинической) практики

Темы индивидуальных заданий

1. определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного;
2. провести дифференциальную диагностику основных неврологических заболеваний, обосновать клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);
3. разработать схему, план и тактику ведения больного в сложных клинических случаях, обосновать дифференциальный диагноз, клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), обосновать показания и противопоказания к назначению терапии;
4. определить необходимость специальных методов исследования (МРТ, ЭЭГ, люмбальной пункции, функциональных, лабораторных, рентгенологических), организовать их выполнение и провести интерпретацию их результатов;
5. выявить возможные причины неврологического заболевания: применить объективные методы обследования больного, выявлять характерные признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии;
6. оценить тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи больным менингитами и энцефалитами; перечислить противоэпидемические мероприятия в очаге;
7. организовать неотложную помощь в экстренных случаях, методы оказания неотложной помощи при острых состояниях в неврологии (ОНМК, ЧМТ, эпилепсия, эпилепсия и др.);
8. выработать план ведения больного в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационаре, определить необходимость применения специальных методов обследования;
9. интерпретировать результаты лабораторно-клинических методов исследования;
10. интерпретировать результаты специальных методов исследования (ультразвуковые, КТ, МРТ, рентгенологические и др.);
11. определять динамику течения болезни и ее прогноз ;
12. определить вопросы трудоспособности больного (временной или стойкой нетрудоспособности), перевода на другую работу ;
13. осуществлять меры по комплексной реабилитации больного;
14. организовывать и проводить образовательные программы для больных неврологическими заболеваниями ;

15. организовать и провести медицинский профосмотр населения в качестве врача-невролога ;
16. проводить санитарно-просветительную работу среди населения ;
17. оформлять необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
18. дать понятие методам обезболивания в неврологии, обосновывать назначение различных методов обезболивания и выбрать наиболее оптимальные;
19. обосновывать назначение локальных методов терапии боли и выбрать наиболее оптимальные;
20. провести дифференциальную диагностику неврологических заболеваний с заболеваниями терапевтического профиля, ЛОР-органов, органов зрения, стоматологических, психиатрических и инфекционных заболеваний; организовать перевод больных в профильные больницы и стационары;
21. использовать методики распознавания и лечения следующих неотложных состояний: анафилактический шок, инфаркт миокарда, инсульт, черепно-мозговая травма, «острый живот», внематочная беременность, гипогликемическая и гипергликемическая кома, клиническая смерть;
22. организовать комплексную реабилитацию больных неврологическими заболеваниями в стационарных, амбулаторных условиях;
23. правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни неврологического больного;
24. правильно и максимально полно собрать генеалогический анамнез и составить родословную;
25. выявить характерные признаки имеющегося неврологического заболевания, в том числе у лиц молодого возраста и у пожилых;
26. обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований;
27. оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, мокроты и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности;
28. обосновать показания к назначению больному неврологическим заболеванием НПВС, миорелаксантов, адьювантных анальгетиков, антибактериальных препаратов, антихолинэстеразных препаратов, глюкокортикостероидов;
29. разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии при различных неврологических заболеваниях;
30. провести комплексное лечение больного с учетом соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, заместительную и поддерживающую терапию, физиотерапию.

Вопросы для устного собеседования

1. Порядок оказания помощи больным с неврологическими заболеваниями. Положения об организации деятельности отделения неврологии.
2. Стандарты оснащения кабинета врача-невролога поликлиники.
3. Медицинская экспертиза больных с неврологическими заболеваниями.
4. Правила выполнения, показания и противопоказания для проведения люмбальной пункции.
5. Боль. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы. Острая и хроническая боль. Ноцицептивная и невропатическая боль. Висцеральные боли. Отраженные боли. Психогенные боли. Методы оценки боли.
6. Головокружение. Центральные и периферические системы кон-троля равновесия и ориентации тела в пространстве. Системное и несистемное головокружение. Диагностика, подходы к терапии.
7. Повышение внутричерепного давления. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Гидроцефалия. Наружная и внутренняя. Открытая и закрытая. Диагностика, подходы к терапии.
8. Нарушения сознания. Пароксизмальная утрата сознания и длительно (перманентное) изменение сознания: спутанность сознания, оглушение, делирий, сопор, кома. Виды ком. Шкала Глазго. Акинетический мутизм. Хроническое вегетативное состояние. Смерть мозга. Синдром «запертого человека». Диагностика, подходы к терапии.
9. Стояние и ходьба. Способы измерения равновесия и ходьбы (клинические шкалы, стабилография, видеокинематический анализ ходьбы). Клинические варианты нарушений ходьбы (дисбазия) и стояния (астазия).
10. Методикой исследования функции ЧМН. Поражения ЧМН - мононейропатии, синдромы сочетанного поражения ЧМН, полинейропатии с поражением ЧМН, бульбарный и псевдобульбарный синдром, синдром верхней глазничной щели, ММУ, альтернирующие синдромы. Дополнительные методы обследования для верификации диагноза.
11. Методика исследования координации движений и равновесия. Виды атаксий. Дифференциальная диагностика.
12. Методика исследования функции экстрапирамидной системы. Основные симптомы и синдромы поражения экстрапирамидной системы . Дифференциальная диагностика.
13. Методикой исследования гнозиса. Виды агнозий. Дифференциальная диагностика.
14. Методика исследования праксиса. Виды апраксий. Дифференциальная диагностика.
15. Методика исследования речи, дифференцирования различных видов афазий, дизартрии.
16. Методика исследования когнитивных функций , дифференцирование различных видов когнитивных нарушений. Понятие о нейропсихологическом тестировании. Основные тесты и шкалы для дифференциальной диагностики деменций и др. когнитивных расстройств.

17. Методика выявления очаговых симптомов поражения нервной системы у больных, находящихся в коматозном состоянии. Дифференциальная диагностика ком.
18. Методика исследования произвольных движений и оценки степени пареза, дифференциальной диагностики центральных и периферических парезов (параличей). Методика исследования патологических рефлексов.
19. Методика исследования функции глазодвигательных нервов, зрачковых реакций . Синдром верхней глазничной щели, одиночные и сочетанные поражения глазодвигательных нервов, синдром Клода-Бернара-Горнера, синдром Пюрфур-дю-Пти. Дифференциальная диагностика.
20. Методика исследования зрительного, обонятельного, вкусового анализатора . Симптомы и синдромы их поражения. Показания для консультирования больного врачами смежных специальностей..
21. Методика исследования вегетативных функций (дермографизм, проба Даньини-Ашнера и др. Симптомы и синдромы вегетативных нарушений. Дифференциальная диагностика.
22. Методикой исследования менингеальных симптомов. Тактика врача при обнаружении менингеального синдромакомплекса.
23. Методика исследования болевых точек (паравертебральные, Эрба, Вале, Гара) и симптомов натяжения.
24. Методика составления родословной и определения типа наследования заболевания в семье.
25. Назовите клиническую классификацию инсультов. Принципы исследования больного с церебро-васкулярным заболеванием, параклинические методы диагностики . Транзиторная ишемическая атака. Этиология, лечение и профилактика.
26. Ишемический инсульт. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Этиология, лечение и профилактика. Принципы ухода за больными.
27. Геморрагический инсульт. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Этиология, лечение и профилактика. Принципы ухода за больными.
28. Хроническая ишемия мозга. Этиология, лечение и профилактика. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).
29. Субарахноидальное кровоизлияние. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Этиология, лечение и профилактика. Принципы ухода за больными.
30. Перечислите причины возникновения острой и хронической боли, их клинические особенности и подходы к терапии.

31. Классификации опухолей ЦНС. Особенности течения, симптомы и синдромы супра- и субтенториальных, конвекситальных и глубоких опухолей, опухолей средней линии. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).
32. Экстренные, срочные и относительные показания к операции при опухолях ГМ. Типы операций (радикальные тотальные и субтотальные, частичные, паллиативные, пластические, противоболевые). Принципы ухода за больными в постоперационном периоде.
33. Клиника опухолей спинного мозга и прилежащих образований: корешково-оболочечные, проводниковые и сегментарные симптомы. Принципы ухода за больными в постоперационном периоде.
34. Клиника и диагностика опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста. Особенности течения интрамедуллярных опухолей и экстрамедуллярных опухолей (интра- и экстрадуральных). Принципы ухода за больными в постоперационном периоде.
35. Опухоли спинного мозга. Показания к операции, основные типы операций. Лучевое и медикаментозное лечение. Принципы ухода за больными в постоперационном периоде.
36. Менингиты: гнойные и серозные; острые и хронические (арахноидиты). Этиология, патогенез. Менингизм. Противоэпидемические мероприятия в очаге при подозрении на эпидемические менингиты, энцефалиты.
37. Клинические критерии диагностики рассеянного склероза: по Позеру, Мак Доналду – достоверный, вероятный, возможный. Шкала инвалидности Куртцке. Параклинические критерии – МРТ, иммуно-ликвородиагностика, вызванные потенциалы.
38. Рассеянный склероз. Особенности лечения в период обострений и профилактика обострений методами длительной иммунокоррекции.
39. Энцефалиты – острые и хронические . Классификация. Противоэпидемические мероприятия в очаге при подозрении на эпидемические менингиты, энцефалиты.
40. Клещевой и комариный энцефалиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика.
41. Энцефалит Экономо. Этиология, патогенез, лечение и профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге при подозрении на эпидемические менингиты, энцефалиты.
42. Герпетический энцефалит. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
43. Туберкулезные поражения нервной системы (менингиты, энцефаломиелиты, менингомиелиты, туберкулема), поражение позвоночника. Патогенез, лечение и профилактика
44. Грибковые поражения нервной системы. Грибковые менингиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика

45. Поражения нервной системы при опоясывающем лишае; постгерпетическая невралгия. Патогенез, лечение и профилактика
46. СПИД и нервная система. Классификация поражений. Патогенез, лечение и профилактика.
47. Дифференциальный диагноз рассеянного склероза: острые рассеянные энцефаломиелиты (первичный и вакцинальный), лейкоэнцефалиты (лейкоэнцефалит Шильдера), панэнцефалит (Ван-Богарта). Лейкодистрофии и лейкоэнцефалопатии. Клиника, диагностика, лечение
48. Особенности поражения центральной и периферической нервной системы при ботулизме. Тактика врача при поступлении больного с подозрением на ботулизм.
49. Травматическое поражение нервной системы. Виды черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (закрытая, открытая; проникающая и непроникающая). Основные симптомы и синдромы . Диагностика.
50. Классификация черепно-мозговых травм. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Сотрясение мозга. Клиника, диагностика, лечение. Клиника, диагностика, лечение.
51. Ушиб мозга легкой степени. Ушиб мозга средней степени. Тяжелый ушиб головного мозга. Клиника, диагностика, лечение. Принципы ухода за больными.
52. Сдавление мозга на фоне его ушиба. Сдавление мозга без сопутствующего ушиба. Клиника, диагностика, лечение. Принципы ухода за больными.
53. Периодизация ЧМТ (острый период, промежуточный, период отдаленных последствий). Тяжесть ЧМТ (рубрификация). Тяжесть состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное) и критерии ее оценки (состояние сознания, степень нарушения витальных функций, выраженность неврологической симптоматики).
54. Спинальная травма. Травма периферических нервов. Клиника, диагностика, лечение. Принципы ухода за больными.
55. Патология ликворциркуляции. Открытая и закрытая гидроцефалия. Отек и набухание головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
56. Нормотензивная гидроцефалия. Клиника, диагностика, лечение.
57. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Клиника, диагностика, лечение.
58. Нервно-мышечные заболевания. Прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД). X-сцепленные Дюшенна и Беккера и другие. Клиника, диагностика, лечение.
59. Аутосомные ПМД – лицелопаточно-плечевая Ландузи-Дежерина, скапулоперонеальная Давиденкова, конечностно-поясная Эрба-Рота, дистальные и окулофарингеальные формы.
60. Спинальные амиотрофии. Проксимальные спинальные амиотрофии детского возраста– 1, 2, 3 типа и взрослых. Клиника, диагностика, лечение.

61. Миастения и миастенические синдромы. Клиника, диагностика, лечение.
62. Клиническая диагностика миастении (синдром патологической мышечной утомляемости). Параклиническая диагностика миастении (прозериновая проба, ЭНМГ, иммунодиагностика, исследование вилочковой железы). Лечение миастении- лекарственное и хирургическое.
63. Миастенический и холинергический криз, принципы лечения. Конечностно-поясная миастения и миастения новорожденных. Клиника, диагностика, лечение.
64. Миастенические и миастеноподобные синдромы: синдром Лам-берта-Итона, семейная инфантильная миастения, врожденная миастения, лекарственная миастения и др. Клиника, диагностика, лечение.
65. Миотонии: дистрофическая, врожденная (Томсена и Беккера), ремиттирующая (при избытке калия). Клиника, диагностика, лечение.
66. Периодические параличи: семейный гиперкалиемический, семейный гипокалиемический, семейный нормокалиемический, симптоматические. Миоглобинурия. Клиника, диагностика, лечение.
67. Заболевания периферической нервной системы. Нейропатии: сенсорные, моторные, вегетативные, смешанные. Аксонопатии, миелінопатии. Принципы ЭНМГ-диагностики. Шифр заболевания клинический диагноз, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).
68. Полиневропатии наследственные (НМСН Шарко-Мари-Тута, со склонностью к параличам от давления, синдром Русси-Леви, сенсорно-вегетативные, болезнь Фабри, порфирийная и др.). Клиника, диагностика, лечение.
69. Полинейропатии идиопатические воспалительные (синдромы Гийена-Барре и Фишера, ХВДП, мультифокальная с блоками проведения). Клиника, диагностика, лечение.
70. Полиневропатии при соматических заболеваниях (диабетическая, уремическая, парапротеинемическая, при коллагенозах и васкулитах, паранеопластическая, критических состояний). Клиника, диагностика, лечение.
71. Полинейропатии токсические (алкогольная, мышьяковая, при отравлении ФОС, свинцовая, изониазидная и др.). Клиника, диагностика, лечение.
72. Плексопатии плечевая (травматическая, неопластическая, лучевая). Синдром Персонейджа-Тернера. Синдром верхней апертуры грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение.
73. Плексопатия пояснично-крестцовая. Клиника, диагностика, лечение.
74. Краниальные невропатии. Множественная краниальная невропатия. Синдром болевой офтальмоплегии. Синдром Гарсена. Клиника, диагностика, лечение.
75. Туннельные невропатии. Клиническая картина и диагностика туннельных невропатий отдельных нервов. Синдромы мышечных лож. Клиника, диагностика, лечение.
76. Туннельные невропатии. Принципы диагностики, консервативное лечение и показания к хирургическому лечению. Клиника, диагностика, лечение.

77. Вертеброгенные поражения периферической нервной системы (рефлекторные мышечно-тонические, компрессионно-ишемические радикуло-миелопатические синдромы). Миофасциальный болевой синдром. Клиника, диагностика, лечение.
78. Комплексный регионарный болевой синдром (рефлекторной симпатической дистрофии). Клиника, диагностика, лечение.
79. Боковой амиотрофический склероз. Особенности клинического течения различных форм БАС. Клинические и ЭНМГ-критерии диагностики БАС. Клиника, диагностика, лечение.
80. Синдромы БАС (спондилогенная миелопатия, прогрессирующие спинальные амиотрофии, при инфекциях, интоксикациях, пострадиационная миелопатия, мультифокальная двигательная невропатия с блоками проведения, паранеопластический синдром и другие). Симптоматическое лечение БАС.
81. Дегенеративные заболевания ЦНС с преимущественным поражением пирамидной системы и мозжечка: наследственная спастическая параплегия (изолированная и спастическая параплегия-плюс). Клиника, диагностика, лечение.
82. Спиноцеребеллярные дегенерации: наследственные спиноцеребеллярные атаксии (болезнь Фридрейха, наследственная витамин-Е дефицитная атаксия, аутосомно-доминантные спиноцеребеллярные атаксии 1-13 типов, эпизодические атаксии, с-м Маринеску-Шегрена). Клиника, диагностика, лечение.
83. Врожденная гипоплазия мозжечка. Спорадические формы спиноцеребеллярных дегенераций. Клиника, диагностика, лечение.
84. Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма (прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемная атрофия, кортико-базальная дегенерация). Лекарственное и хирургическое лечение болезни Паркинсона, осложнения фармакотерапии.
85. Тремор. Классификация (покоя, постуральный, кинетический). Эссенциальный тремор. Клиника, диагностика, лечение
86. Дистонии. Принципы классификации. Клиническая диагностика дистоний. Лекарственное и хирургическое лечение. Клиника, диагностика, лечение
Лечение ботулотоксином.
87. Хорея Гентингтона и другие хореи (сенильная, малая, лекарственная, синдром хорея-акантоцитоз, доброкачественная, синдром Леша-Нихена). Клиника, диагностика, лечение
88. Миоклонус (корковый, стволово-подкорковый, сегментарный, периферический). Клиника, диагностика, лечение
89. Первичный и вторичный миоклонус. Эпилептический миоклонус. Миоклонус—эпилепсия. Стартл-синдром и гиперэксплексия. Клиника, диагностика, лечение
90. Тики и синдром Туретта. Клиника, диагностика, лечение
91. Лекарственные дискинезии (нейролептические и другие). Клиника, диагностика, лечение

92. Головные боли. Классификация и диагностические критерии первичных и симптоматических головных болей (симптомы «опасности»). Дифференциальная диагностика. Методы исследования.
93. Мигрень без ауры и мигрень с аурой. Виды аур. Дифференциальная диагностика мигрени с аурой с ТИА и др. органическими невро-логическими заболеваниями. Клиника, диагностика, лечение.
94. Мигренозный статус и другие осложнения мигрени. Возрастные особенности мигрени. Клиника, диагностика, лечение мигрени.
95. Первичные сосудистые головные боли (пучковая, ХПГ). Классификация. Клиника, диагностика, лечение
96. Головные боли напряжения: эпизодические и хронические: с напряжением и без напряжения перикраниальных мышц.
97. Симптоматические головные боли. Гипертензионные ГБ, посттравматические ГБ: острые и хронические. Головные боли при артериальной гипертензии. ГБ при метаболических расстройствах: гипер-капния и гипокapния.
98. Абузусные головные боли, обусловленные злоупотреблением анальгетиков. Принципы ведения больных с абузусной головной болью.
99. Цервикогенная ГБ. Клиника, диагностика, лечение.
100. Невралгия тройничного и языкоглоточного нервов. Периферические и центральные факторы патогенеза. Методы консервативного и хирургического лечения.
101. Миофасциальная лицевая болевая дисфункция. Патогенетическое значение нарушений прикуса и дисфункции ВНЧС. Ортопедическая коррекция и фармакологическое лечение.
102. Болевая офтальмоплегия. С-м Толосы – Ханга. Головные и лицевые боли, связанные с заболеванием глаз (глаукома) и ЛОР – органов (воспаление придаточных пазух, уха). Клиника, диагностика, лечение
103. Эпилепсия. Основные механизмы эпилептогенеза. Эпилептические припадки (генерализованные, парциальные). Стандарт ведения пациента с первым эпилептическим припадком.
104. Эпилепсии и эпилептические синдромы. Парциальные эпилепсии (симптоматические, идиопатические). Темпоральные и экстратемпоральные неокортикальные эпилепсии. Клиника, диагностика, лечение
105. Генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы. Возрасто-зависимые идиопатические эпилептические синдромы. Кристо-генные и симптоматические, связанные с возрастом синдромы. Клиника, диагностика, лечение
106. Эпилепсия и беременность. Эпилептический статус. Фебрильные судороги. Клиника, диагностика, лечение
107. Принципы фармакологического лечения эпилепсии. Хирургическое лечение.
108. Наследственные и врожденные заболевания ЦНС. Липидозы с нарушением обмена сфингомиелина (б-нь Нимана – Пика), глюкоце-реброзидов (б-нь Гоше). Тип болезни. Тип наследования. Клиника, диагностика, лечение

109. Лейкодистрофии: метохроматическая, глобоидно-клеточная (б-нь Краббе), суданотфильная (б-нь Пелициуса-Мерцбахера). Мукополисахаридозы, муколипидозы, болезнь Морфана. Клиника, диагностика, лечение
110. Нарушения метаболизма аминокислот: фенилкетонурия, гомоци-стинурия и др. Клиника, диагностика, лечение
111. Факоматозы. Нейрофиброматоз Реклингаузена: периферическая и центральная формы. Клиника, диагностика, лечение
112. Системный цереброретинотвисцеральный ангиоматоз (б-нь Гиппель – Линдау): с преимущественным поражением мозжечка «опухоль Линдау» и сетчатки «опухоль Гиппеля». Атаксия – тельангиоэк-тазия (с – м Луи – Бар). Болезнь Штурге-Вебера. Клиника, диагно-стика, лечение
113. Врождённые аномалии. Сирингомиелия: основные формы (си-рингобульбия). Показания к хирургическому лечению. Клинические и нейровизуализационные признаки. Принципы терапии.
114. Spina - bifida. С – м Арнольда Киари, Денди-Уокера. Базилярная импрессия и платибазия. Врождённый нистагм. Арахноидальные ки-сты. Клиника, диагностика, лечение
115. Соматоневрологические синдромы. Неврологические расстрой-ства (энцефалопатии и полинейропатии) при болезнях внутренних органов, желез внутренней секреции, соединительной ткани, крови. Клиника, диагностика, лечение. Неврология беременности
116. Нутритивные, паранеопластические синдромы. Клиника, диагностика, лечение
117. Интоксикации. Поражения нервной системы (энцефалопатии и полинейропатии) при интоксикации алкоголем, наркотиками, лекар-ствами, химиотерапией, промышленными ядами. Клиника, диагно-стика, лечение
118. Деменции. Определение деменций. Методы исследования когни-тивных функций и памяти. Классификация деменций. Клиника, диа-гностика, лечение
119. Дегенеративные деменции. Болезнь Альцгеймера, болезнь телец Леви, другие формы дегенеративных деменций. Сосудистые демен-ции. Принципы терапии.
120. Нарушения цикла «Сон-бодрствование» (ЦСБ). Классификация нарушений сна. Диссомнии, гиперсомнии, парасомнии: виды, клиническая картина, особенности диагностики и лечения. Медицина сна
121. Возрастные аспекты неврологических заболеваний. Патология развития плода, детский церебральный паралич. Особенности тече-ния последствий ДЦП у взрослых. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью . Клиника, диагностика, лечение.
122. Геронто неврология. Механизмы старения. Особенности течения и принципы терапии неврологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте.
123. Нейрореабилитация. Понятие нейрореабилитации. Организация реабилитационных мероприятий при различных формах неврологических заболеваний.

Практические навыки

1. Методика исследования гнозиса.
2. Методика исследования функции 12 черепного нерва.
3. Методика исследования праксиса.
4. Методика исследования поверхностной, глубокой и сложных видов чувствительности.
5. Методика исследования обонятельного анализатора.
6. Методика исследования функции экстрапирамидной системы.
7. Методика проведения люмбальной пункции. Показания и противопоказания.
8. Методика выявления очаговых симптомов поражения нервной системы у больных, находящихся в коматозном состоянии.
9. Методика исследования функции тройничного нерва (чувствительная и двигательная порции).
10. Методика исследования произвольных движений. Оценка степени пареза.
11. Методика исследования функции глазодвигательных нервов, зрачковых реакций.
12. Методика исследования мышечного тонуса, виды его нарушения.
13. Методика выявления и дифференцирования различных видов афазий.
14. Методика исследования менингеального симптомокомплекса.
15. Методика исследования функции лицевого нерва.
16. Методика исследования координации движений и равновесия.
17. Методика исследования зрительного анализатора.
18. Методика исследования вегетативных функций (дермографизм, проба Даньини-Ашнера, ортоклиностагическая проба).
19. Методика исследования функции бедренного нерва.
20. Методика исследования болевых точек (паравертебральные, Эрба, Вале, Гара) и симптомов натяжения.
21. Методика исследования функции срединного нерва.
22. Методика исследования функции лучевого нерва.

23. Методика составления генеалогической таблицы и определения типа наследования заболевания в семье.
24. Методика исследования патологических стопных рефлексов.
25. Принципы ухода за больными с тяжелой черепно-мозговой травмой.
26. Принципы ухода за больными, находящимися в коматозном состоянии.
27. Принципы ухода за больными с поражением спинного мозга.
28. Оценка состояния жизненно-важных функций у больных с тяжелыми поражениями головного мозга.
29. Оценка состояния сознания.
30. Исследование функции 11 пары черепных нервов.

Б) ФОС для программы Психиатрия

Примеры тестовых заданий:

1. В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ БОЛЬНОЙ МОЖЕТ БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН ЕСЛИ:
 - a. Больной отказывается от приема лекарств
 - b. Получено согласие близких родственников (письменно)
 - c. Имеется обострение хронического психического заболевания-шизофрении в виде актуализации бредовых идей реформаторства и сутяжничества
 - d. **Слышит императивные галлюцинации и под их влиянием совершает нападение на соседа.**

2. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СИМПТОМА БУДЕТ ОДНО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ:
 - a. признак болезни
 - b. признак расстройной психики
 - c. признак нарушенной функции организма
 - d. **объективный признак преимущественного расстройства определенной психической функции.**

1. КАКИЕ СИМПТОМЫ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА:
 - a. **Негативизм**
 - b. Прогрессирующая амнезия
 - c. **Каталепсия**
 - d. Эмоциональное слабодушие

4. ДЛЯ КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО:
 - a. **Фиксационная амнезия**
 - b. **Конфабуляция**
 - c. **Псевдореминисценции**
 - d. **Ретроградная амнезия**

5. ДЛЯ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО:

- a. **Ускоренное течение ассоциаций**
- b. Критическая оценка своего состояния
- c. **Расторможенность влечений**
- d. Бредовые идеи отношения

6. ДЕЛИРИЙ – ЭТО ОСТРЫЙ ПСИХОЗ С ПОМРАЧЕНИЕМ СОЗНАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ:

- a) Иллюзиями
- b) **Истинными галлюцинациями**
- c) Псевдогаллюцинациями
- d) Полной амнезией

7. НАЗОВИТЕ РАССТРОЙСТВО, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ДЕТСКость, НАИГРАННОСТЬ, СТРЕМЛЕНИЕ ИГРАТЬ В ДЕТСКИЕ ИГРЫ, ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОСЛЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ:

- a. гебефреническая шизофрения
- b. истерия
- c. псевдодеменция
- d. **пуэрилизм**

8. ОСНОВНЫМИ СВОЙСТВАМИ ВОЗБУДИМОЙ ПСИХОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ (ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТОВ):

- a) **способность оскорблять по малейшим поводам;**
- b) **выраженная агрессивность в гневе;**
- c) **крайняя несдержанность при конфликтных ситуациях;**
- d) все перечисленное неверно

9. КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАНИАКАЛЬНОЙ ФАЗЫ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОГО ПСИХОЗА:

- a. разорванность мышления
- b. **идеи переоценки собственной личности**
- c. суицидальные мысли
- d. бредовые идеи самообвинения

10. КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ:

- a. **апатия**
- b. **чувственная тупость**
- c. слабодушие
- d. эйфория

Примеры ситуационных задач:

Задача 1.

Больная В., 39 лет. Неделю назад на фоне полного благополучия стала вести себя неадекватно. Закрывалась в комнате, часами лежала в постели, на обращенную к ней речь не реагировала, застывшим взглядом смотрела в потолок. Перестала ухаживать за собой. Застывала в нелепых позах. Родственниками доставлена в больницу. Через некоторое время рассказала врачу, что «видела» вокруг себя странные картины «рая и ада», где находились родственники, знакомые, она сама. Испытывала страх, что не вырвется из этого ада, мысленно общалась с «потусторонним миром», «высшим разумом».

Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Кататонический синдром. кататоническая форма шизофрении).**

Задача 2.

Больной К., 58 лет. Два месяца назад попал под машину, получил ушиб головы. Сейчас не знает текущей даты, не помнит, почему попал в больницу, не запоминает имени лечащего врача. Не находит свою кровать. Делает ошибки в счете ($9-7=5$). Жалуется на головную боль, просит отпустить его домой «посмотреть за коровой, как бы не увели со двора». Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Фиксационная амнезия. Амнестический Корсаковский синдром)**

Задача 3.

Больная, 69 лет, в течение последнего года бывают головные боли, головокружения, раздражительность, бессонница, стала уставать от домашней работы. Иногда забывает имена знакомых, не может вспомнить, куда положила нужную ей вещь. Отмечает затруднения в запоминании новых фактов, неточно называет даты, для того, чтобы не забыть имя своего врача, записывает его на бумажку. При воспоминании о давних событиях путает их последовательность, сама замечает свои ошибки, при этом очень огорчается. Устный счет производит правильно, иногда ошибается в простых задачах. Поправляет свои ошибки сама. При последовательном вычитывании от 100 по 7 вначале правильно выполняет задание, потом сбилась и не могла определить, в чем ее ошибки. При упоминании о дочери и внуках на глазах появляются слезы, но тут же при перемене темы разговора успокаивается. В неврологическом состоянии: изредка пошатывается при ходьбе. В соматическом состоянии: выглядит старше своих лет, извитые жесткие сосуды на висках и кистях рук. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(церебральный атеросклероз)**

Задача 4.

Вы – врач скорой помощи. Больной С., 48 лет. Жена вызвала карету скорой помощи в связи с его неадекватным поведением. Известно, что С. злоупотребляет алкоголем, опохмеляется, рвотный рефлекс утрачен. Два дня назад С. вышел из запоя. Сегодня вечером стал к чему-то прислушиваться, присматриваться. Периодически стряхивает с себя «пауков». Громко кричит в пространство: «Уйди, рогатый!». Двигательно беспокоен, мечется по квартире, не реагирует на попытки жены успокоить его. Ваши действия? Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Психомоторное возбуждение, истинные галлюцинации, делирий. Алкоголизм II-III степени. Алкогольный делирий)**

Задача 5.

Больной Д., 14 лет. Родители обратили внимание на то, что Д. изменился по характеру. Стал пропускать занятия в школе, по вечерам проводит время в новой компании подростков. Дома перестал общаться с родителями, настроение очень изменчиво, стал раздражительным. Из дома пропала некоторая сумма денег, отложенная на покупку телевизора. Мать стала замечать, что периодически после прогулок от Д. пахнет каким-то химическим веществом. В кабинете у врача поликлиники раздражителен, огрызается с матерью. Часто шмыгает носом, покашливает. На все вопросы отвечает: «Все нормально».

Назовите симптомы, предварительный диагноз. Ваши рекомендации родителям подростка. **(раздражительность, эмоциональная лабильность, нарушение поведения. синдром: синдром физической зависимости от летучих растворителей, психоподобный синдром, токсикомания летучими растворителями, неоднократное употребление с вредными последствиями, рекомендуем обращение к наркологу).**

Темы рефератов:¹

1. Неотложные состояния в психиатрии
 2. Основные виды психотерапии
 3. Психофармакотерапия и ее особенности в гериатрической практике
 4. Психические расстройства при соматических заболеваниях
 5. Психозы позднего возраста
 6. Психические расстройства при эпилепсии
 7. Основные этапы развития психиатрии
 8. Методы нелекарственного общебиологического воздействия в психиатрии
 9. Эпидемиология психических расстройств
 10. Этические и юридические аспекты психиатрии
 11. Патофизиологические и генетические основы психических расстройств
 12. Особенности психиатрического обследования
 13. Возможности психологического обследования в психиатрии
 14. Лабораторные и инструментальные методы исследования в психиатрии
 15. Расстройства аффективного круга в практике врачей интернистов
 16. Невротические расстройства в практике врачей интернистов
 17. Легкие и умеренные когнитивные расстройства
 18. Экстренное психологическое консультирование
 19. Психопрофилактика и реабилитация
 20. Судебно-психиатрическая экспертиза
 21. Сексопатология
 22. «Нормальное» старение и когнитивные функции
 23. Применение стандартизированных диагностических указаний в психиатрии (МКБ-10, DSM-IV)
 24. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях
-

¹ Протокол №6 от 20.06.2022г дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности «31.08.42. Неврология» на 2021 - 2022 учебный год

Примерные темы индивидуальных заданий

1. Основные психопатологические синдромы, закономерности синдроменеза и патогенеза. Методы исследования в психиатрии.
2. Применение стандартизированных диагностических указаний в психиатрии (МКБ-10, DSM-IV)
3. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях (синдромы помраченного сознания, гиперкинетические синдромы, апато-абулические синдромы, патологическая сонливость).
4. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях ГМ
5. Психические расстройства при опухолях ГМ
6. Психические расстройства при травмах ГМ
7. Психические расстройства при органических заболеваниях с наследственной предрасположенностью (Понятие о миоклонус-эпилепсии. Хорея Гентингтона. Гепатолентикулярная дегенерация и др.)

8. Пограничные состояния (общее понятие, систематика, клиническая характеристика, особенности организации психиатрической помощи больным). Эпидемиология, этиопатогенез, систематика, клиника неврозов.

9. Понятие о невротическом развитии личности. Психотерапия в лечении психогений.

10. Понятие о реактивных психозах. Острые аффективно-шоковые состояния: гипердинамическое состояние (психомоторное возбуждение), гиподинамическое состояние (ступор), острая психогенная речевая спутанность, массовые шоковые реакции при стихийных бедствиях.

11. Синдромы нарушения сознания. Оглушение: легкое (обнубиляции) и выраженная форма. Делирий, онейроид (онирические состояния, грезоподобный вариант, фантастически-иллюзорный вариант). Аменция, сумеречное помрачение сознания.

12. Диагностика эпилепсии. Принципы формулировки диагноза. Изменения личности при эпилептической болезни. Этиопатогенез эпилептических психозов. Классификация и клинические особенности острых и затяжных эпилептических психозов. Клинические особенности хронических эпилептических психозов. Лечение психических расстройств при эпилепсии.

Примерные вопросы для устного собеседования

1. Неотложные состояния в психиатрии
2. Основные виды психотерапии
3. Психофармакотерапия и ее особенности в гериатрической практике
4. Психические расстройства при соматических заболеваниях
5. Психозы позднего возраста
6. Психические расстройства при эпилепсии
7. Основные этапы развития психиатрии
8. Методы нелекарственного общебиологического воздействия в психиатрии
9. Эпидемиология психических расстройств
10. Этические и юридические аспекты психиатрии
11. Патофизиологические и генетические основы психических расстройств
12. Особенности психиатрического обследования
13. Возможности психологического обследования в психиатрии
14. Лабораторные и инструментальные методы исследования в психиатрии
15. Расстройства аффективного круга в практике врачей интернистов
16. Невротические расстройства в практике врачей интернистов
17. Легкие и умеренные когнитивные расстройства

Практические навыки

1. Умение выявлять в процессе обследования больных симптомы расстройств психической деятельности и проводить дифференциальную диагностику
2. Умение определять показания к госпитализации в психиатрический стационар
3. Умение выявлять больных, нуждающихся в недобровольной госпитализации
4. Умение выявлять суицидальные и гетероагрессивные тенденции
5. Умение проводить дифференциальную психофармакотерапию пограничных состояний
6. Умение проводить курсовую противосудорожную терапию
7. Умение проводить коррекцию невротоподобных, депрессивных и астенических расстройств при органических заболеваниях головного мозга
8. Умение корректировать расстройства сна
9. Владение фитотерапией пограничных психических расстройств
10. Лечение эпилептического статуса
11. Ведение медицинской документации (в стационаре, психоневрологическом диспансере, поликлинике)
12. Уметь работать с различными информационными источниками по вопросам клинической фармакологии

ФОС по циклу 31. 08. 39 лечебная физкультура и спортивная медицина

Тестовые задания:

1. Вопрос с выбором ответа

Функцией позвоночника не является

рессорная

опорная

моторная

защитная

(верно) иммунная

2. Вопрос с выбором ответа

В лучезапястном суставе осуществляются движения:

(верно) сгибание, разгибание, приведение

супинация, пронация

3. Вопрос с выбором ответа

Коленный сустав образован:

(верно) большеберцовой костью, бедренной костью

малоберцовой костью

всем перечисленным

4. Вопрос с выбором ответа

К мышцам плеча не относится

(верно) дельтовидная мышца

двуглавая мышца

трехглавая мышца

5. Вопрос с выбором ответа

В локтевом суставе не осуществляются:

сгибание, разгибание

супинация, пронация

(верно) отведение, приведение.

6. Вопрос с выбором ответа

Синергисты выполняют одну работу:

(верно) да

нет

7. Вопрос с выбором ответа

Функциями двуглавой мышце плеча является:

(верно) сгибание предплечья

(верно) сгибание плеча, супинация

8. Вопрос с выбором ответа

К мышцам участвующим в сгибании голени не относится:

двуглавая

полусухожильная

полуперепончатая

(верно) четырехглавая

9. Вопрос с выбором ответа

Антагонисты выполняют одну работу:

да

(верно) нет.

10. Вопрос с выбором ответа

Укажите сегменты спинного мозга, формирующие шейное сплетение:

C1-C5

(верно) C1- C4

C1-C8

11. Вопрос с выбором ответа

Укажите сегменты спинного мозга, формирующие плечевое сплетение

C1-C4

(верно) C4- C8

12. Вопрос с выбором ответа

Укажите сегменты спинного мозга, формирующие поясничное сплетение

(верно) T12-L4

L1- L4

L1- S1

13. Вопрос с выбором ответа

Укажите ветви тройничного нерва

(верно) глазничная

(верно) верхнечелюстная

(верно) нижнечелюстная

14. Вопрос с выбором ответа

Лицевой нерв иннервирует:

жевательные мышцы

(верно) мимические мышцы.

15. Вопрос с выбором ответа

Головной и спинной мозг составляют:

(верно) центральную нервную систему

периферическую нервную систему

16. Вопрос с выбором ответа

Черепных нервов у человека в норме:

20 пар

(верно) 12 пар

10 пар.

17. Вопрос с выбором ответа

Отделы головного и спинного мозга и нервы, которые регулируют преимущественно деятельность внутренних органов относятся к :

соматической нервной системе

(верно) вегетативной нервной системе.

18. Вопрос с выбором ответа

За координацию сложных движений в головном мозгу отвечает:

(верно) мозжечок

промежуточный мозг

продолговатый мозг.

19. Вопрос с выбором ответа

Лист плевры, прилегающий к легким:

париетальный

(верно) висцеральный

медиастинальный.

20. Вопрос с выбором ответа

Двенадцатиперстная кишка относится к

(верно) тонкому кишечнику

толстому кишечнику.

21. Вопрос с выбором ответа

Где происходит газообмен

в трахее

в бронхиолах

(верно) в альвеолах

22. Вопрос с выбором ответа

В средостении не располагается:

легкие

сердце

(верно) диафрагма.

пищевод

23. Вопрос с выбором ответа

К мочевой системе не относятся:

почки

мочеточники

(верно) надпочечники

мочевой пузырь.

24. Вопрос с выбором ответа

К формам ЛФК не относятся:

процедура лечебной гимнастики

ближний туризм

(верно) физические упражнения.

25. Вопрос с выбором ответа

К формам ЛФК относятся:

(верно) ближний туризм, утренняя гигиеническая гимнастика.

двигательный режим, физические упражнения

26. Вопрос с выбором ответа

Постуральными называются:

(верно) лечение положением

упражнения с нагрузкой

упражнения выполняемые мысленно.

27. Вопрос с выбором ответа

Терренкур относится

к методу ЛФК

к средству ЛФК

(верно) к форме ЛФК

28. Вопрос с выбором ответа

Прогулки, экскурсии, ближний туризм относится

(верно) к формам ЛФК

к средствам ЛФК

29. Вопрос с выбором ответа

К методическим приемам дозирования физических упражнений относятся:

(верно) подбор исходных положений

(верно) чередование мышечных нагрузок

(верно) степень сложности упражнений

30. Вопрос с выбором ответа

В зависимости от задач в различные периоды лечения выделяют дозировки физических нагрузок:

лечебные, тонизирующие

(верно) лечебные, тонизирующие, тренирующие.

31. Вопрос с выбором ответа

Лечебная нагрузка

(верно) оказывает терапевтическое воздействие на пораженную систему или орган

(верно) сформировывает компенсацию, предупреждает осложнения

32. Вопрос с выбором ответа

Тонизирующая нагрузка

(верно) Стимулирует функции основных систем, оказывает тонизирующее действие и поддерживает достигнутые результаты.

оказывает терапевтическое воздействие, сформировывает компенсацию.

33. Вопрос с выбором ответа

Тонизирующая нагрузка назначается в начале заболевания

да

(верно) нет, после лечебной.

34. Вопрос с выбором ответа

Динамическими называются упражнения, когда мышца работает:

в изометрическом режиме

(верно) в изотоническом режиме

Вопрос с выбором ответа

35.Статическими называются упражнения, когда мышца работает в режиме:

изотоническом

(верно) изометрическом

36.Вопрос с выбором ответа

Корректирующими называются

(верно) движение конечностей и туловища направлены на исправление различных деформаций позвоночника, стоп и др.

упражнения с использованием рефлекторных движений

37.Вопрос с выбором ответа

Упражнения в равновесии характеризуются:

(верно) перемещением вестибулярного аппарата в различных плоскостях при движениях головы и туловища, изменениями площади опоры.

(верно) перемещением высоты общего центра тяжести по отношению к опоре.

38.Вопрос с выбором ответа

Дыхательными упражнениями называются упражнения при выполнении которых

(верно) произвольно (по словесной инструкции или по команде) регулируются компоненты дыхательного акта.

дыхание сочетается с различными движениями.

39.Вопрос с выбором ответа

К статическим дыхательным упражнениям относятся упражнения с дозированным сопротивлением

(верно) да

нет

40.Вопрос с выбором ответа

Дыхательные упражнения с использованием надувных мячей, игрушек и различных аппаратов относятся к

(верно) статическим дыхательным упражнениям

динамическим дыхательным упражнениям.

41.Вопрос с выбором ответа

Дренажными упражнениями называются упражнения при которых

улучшается кровообращение в легких

(верно) улучшается отток мокроты из бронхов в трахею.

42. Вопрос с выбором ответа

При выполнении статических дренажных упражнений перед началом занятия больной должен принять дренажное положение на 5-10 мин.

(верно) да

нет

43. Вопрос с выбором ответа

Вибрационный массаж или легкое поколачивание во время выдоха при выполнении дренажных упражнений способствуют

(верно) отхождению мокроты

повышению тонуса мышц.

44. Вопрос с выбором ответа

Идеомоторными называются

(верно) упражнения в посылке импульсов к движению

упражнения с использованием гимнастических снарядов

простые движения руками и ногами

45. Вопрос с выбором ответа

К постуральным упражнениям относятся

бег на месте

(верно) лечение положением

упражнения с нагрузкой

упражнения выполняемые мысленно.

46. Вопрос с выбором ответа

Исходное положение, которое наиболее оптимально для укрепления мышц живота

стоя

сидя

(верно) лежа на спине

лежа на животе

47. Вопрос с выбором ответа

Исходное положение, которое наиболее оптимально для укрепления мышц спины

сидя

стоя

лежа на спине

(верно) лежа на животе

48. Вопрос с выбором ответа

Упражнения, в основе которых лежат безусловные двигательные рефлексы называются
постуральными

изометрическими

(верно) рефлекторными

49. Вопрос с выбором ответа

Упражнения, которые выполняются мысленно называются::

(верно) идеомоторными

изометрическими

рефлекторными

50. Вопрос с выбором ответа

Действие корригирующих упражнений:

(верно) устраняют деформацию опорно - двигательного аппарата

укрепляют мышечный корсет

увеличивают объем движений.

51. Вопрос с выбором ответа

К циклическим упражнениям относятся:

(верно) бег, ходьба, лыжи, плавание.

игры, прыжки.

гимнастические упражнения.

52. Вопрос с выбором ответа

Метание относится к упражнениям:

игровым

(верно) спортивным

гимнастическим.

53. Вопрос с выбором ответа

Ходьба с закрытыми глазами является упражнением:

(верно) на координацию

на коррекцию

на расслабление.

54. Вопрос с выбором ответа

Укажите симптом, который не относится к внешним признакам утомления:

потливость, изменение характера пульса

изменение координации движения, замедленность движений

(верно) усиление спортивной нагрузки.

55. Вопрос с выбором ответа

Укажите действие маховых движений

устраняют болевой синдром

(верно) увеличивают объем движений

56. Вопрос с выбором ответа

Общеразвивающие гимнастические упражнения по степени активности подразделяются на :

специальные

(верно) активные

(верно) пассивные

57. Вопрос с выбором ответа

К основным средствам ЛФК не относится

физические упражнения, двигательные режимы, естественные факторы природы

(верно) трудотерапия, механотерапия, массаж.

58. Вопрос с выбором ответа

К дополнительным средствам ЛФК относится

физические упражнения, двигательные режимы

(верно) трудотерапия, массаж

(верно) механотерапия

59. Вопрос с выбором ответа

Укажите упражнения, не относящиеся к спортивно-прикладным упражнениям

ходьба

бег

плавание

(верно) гимнастические упражнения.

60. Вопрос с выбором ответа

Параметр, необходимый при составлении кривой физиологической нагрузки

Частота дыхания

температура тела

(верно) частота пульса.

61. Вопрос с выбором ответа

Укажите периоды комплекса лечебной гимнастики

поддерживающий, восстановительный

(верно) вводный, основной, заключительный.

62. Вопрос с выбором ответа

К стационарным режимам не относится

постельный, палатный, свободный

(верно) щадящий, щадяще - тренирующий, тренирующий.

63. Вопрос с выбором ответа

К поликлиническим режимам не относятся:

щадящий, щадящее- тренирующий

тренирующий

(верно) постельный, палатный, общий

64. Вопрос с выбором ответа

К измерительным приборам ЛФК не относится:

весы

угломер

(верно) гимнастическая лестница

динамометр

65. Вопрос с выбором ответа

Осанка – это

(верно) поза непринужденно стоящего человека

заболевание.

66. Вопрос с выбором ответа

В норме у младшего школьника лопатки

торчат как крылья

(верно) приближены к грудной клетке

прижаты к грудной клетке

67. Вопрос с выбором ответа

В норме у младшего школьника живот

выступает над уровнем грудной клетки

(верно) находится на одном уровне с грудной клеткой

втянут по отношению к грудной клетки.

68. Вопрос с выбором ответа 68

Для сутулости характерно увеличение кифотической дуги

на протяжении всего грудного отдела позвоночника

(верно) в верхних отделах грудной клетки.

69. Вопрос с выбором ответа

При сутулости характерно

сгибание ног в коленных суставах

разгибание ног в коленных суставах

(верно) отсутствие изменений в коленных суставах.

70. Вопрос с выбором ответа

Круглая спина характеризуется увеличением кифотической дуги

в верхней части грудной клетки

(верно) на протяжении от С7 до L5

на протяжении от С7 до Т12

71. Вопрос с выбором ответа

Для круглой спины характерно

(верно) сгибание ног в коленных суставах

разгибание ног в коленных суставах

72. Вопрос с выбором ответа

Для кругло – вогнутой спины характерно

уменьшение грудного кифоза, увеличение поясничного лордоза

(верно) увеличение грудного кифоза, увеличением поясничного лордоза

увеличение грудного кифоза, лордоз в поясничном отделе сохранен

73. Вопрос с выбором ответа

Для кругло- вогнутой спины характерно
сгибание ног в коленных суставах
(верно) разгибание ног в коленных суставах

74 Вопрос с выбором ответа

Для плоско- вогнутой спины характерно
сгибание ног в коленных суставах
(верно) разгибание ног в коленных суставах

75 Вопрос с выбором ответа

Плоско- вогнутая спина характеризуется
(верно) уменьшением грудного кифоза, увеличением поясничного лордоза
увеличением грудного кифоза, увеличением поясничного лордоза
уменьшением грудного кифоза и поясничного лордоза.

76 Вопрос с выбором ответа

Плоская спина характеризуется
уменьшением грудного кифоза, увеличением поясничного лордоза
(верно) уменьшением грудного кифоза и поясничного лордоза
увеличением грудного кифоза и поясничного лордоза

77 Вопрос с выбором ответа

Сколиоз-это симптом заболевания позвоночника
да
(верно) нет

78 Вопрос с выбором ответа

Сколиоз- это заболевание позвоночника, характеризующееся изменениями:
во фронтальной и сагиттальной плоскостях
во фронтальной и сагиттальной плоскостях
(верно) во фронтальной, сагиттальной, горизонтальной плоскостях

79 Вопрос с выбором ответа

Клиническое проявление деформации позвоночника во фронтальной плоскости
(верно) клиника сколиотической осанки
видоизмененные лордозы и кифозы
наличие реберного горба и мышечного валика.

80 Вопрос с выбором ответа

Клиническое проявление деформации позвоночника в сагиттальной плоскости

(верно) видоизмененные лордозы и кифозы

клиника сколиотической осанки

наличие реберного горба и мышечного валика.

81 Вопрос с выбором ответа

Клиническое проявление деформации позвоночника в горизонтальной плоскости

клиника сколиотической осанки

видоизмененные лордозы и кифозы

(верно) наличие реберного горба и мышечного валика.

82 Вопрос с выбором ответа

Принципы лечения сколиотической болезни на современном этапе

(верно) мобилизация позвоночника

(верно) коррекция деформации и удержание коррекции

83 Вопрос с выбором ответа

Средства ЛФК при лечении сколиотической болезни

(верно) физические упражнения, массаж

(верно) физические упражнения, лечение положением

(верно) корсетирование, гипсовые кровати, специальные тяги

84 Вопрос с выбором ответа

Метод компенсации по В.Д.Чаклину включает в себя периоды

период мобилизации, период стабилизации

(верно) период иммобилизации, фиксации и период стабилизации.

85 Вопрос с выбором ответа

Для сколиоза 1-ой степени по В.Д.Чаклину клинически характерно:

клиника сколиотической осанки. В положении лежа, при мышечном напряжении клиника не пропадает.

(верно) клиника сколиотической осанки. В положении лежа, при мышечном напряжении клиника пропадает.

86 Вопрос с выбором ответа

Для сколиоза 2-ой степени по В.Д.Чаклину клинически характерно:

(верно) клиника сколиотической осанки. В положении лежа, при мышечном напряжении клиника не пропадает

клиника сколиотической осанки. В положении лежа, при мышечном напряжении клиника сколиотической осанки пропадает, имеется нарушение параллельности пояса верхних конечностей и тазового пояса

(верно) нарушение параллельности плечевого и тазового пояса

87 Вопрос с выбором ответа

При сколиозе 2-ой степени имеется нарушение параллельности между плечевым и тазовым поясом

(верно) да

нет

88 Вопрос с выбором ответа

При поясничном сколиозе 2-ой степени таз на стороне сколиоза

(верно) опущен

приподнят

89 Вопрос с выбором ответа

При левостороннем поясничном сколиозе 2-ой степени таз на стороне противоположной сколиозу

(верно) приподнят

опущен.

90 Вопрос с выбором ответа

При сколиозе не показаны виды спорта

(верно) художественная гимнастика, тяжелая атлетика

лыжи, плавание, броски мяча в корзину

все перечисленное

91 Вопрос с выбором ответа

При кругло-вогнутой спине больной отмечает боль

(верно) вечером, после тренировки

утром, когда проснулся, после гимнастики облегчение.

92 Вопрос с выбором ответа

Вытягивающие упражнения при сколиозе воздействуют

(верно) на дугу искривления

на торсию.

93 Вопрос с выбором ответа

Сколиоз 1-2 -ой степени Дуга искривления большая, а торсия незначительная. Упражнения на вытяжение

(верно) показаны

показаны с ограничением - только в виде смешанного виса.

94 Вопрос с выбором ответа

Коррекция при поясничном сколиозе

(верно) нога на стороне сколиоза отводится в сторону до угла 45*

нога на стороне сколиоза отводится назад до угла 45*

нога на стороне противоположной сколиозу отводится в сторону до угла 45*

95 Вопрос с выбором ответа

Коррекция левостороннего поясничного сколиоза.

нога на стороне сколиоза отводится назад до угла 45*

(верно) нога на стороне сколиоза отводится в сторону до угла 45*

нога на противоположной стороне отводится в сторону до угла 45*

96 Вопрос с выбором ответа

Коррекция при грудном сколиозе

рука на стороне сколиоза поднята вверх до угла 90*

рука на противоположной стороне сколиоза поднята до уровня плеча

(верно) рука на стороне сколиоза на уровне плеча в сторону или прижата.

97 Вопрос с выбором ответа

Коррекция стоя правостороннего грудного сколиоза 2-ой степени

(верно) Правая рука в сторону на уровне плеча, противоположная поднята вверх до угла 180*

Правая рука вверх до угла 180*, левая в сторону на уровне плеча

98 Вопрос с выбором ответа

Деторсионное упражнение при правостороннем грудном сколиозе.

стоя, ноги на ширине плеч, мяч подбрасывается вверх и ловится с поворотом туловища вправо

(верно) стоя, ноги на ширине плеч, мяч подбрасывается вверх и ловится с поворотом туловища влево

99 Вопрос с выбором ответа

При выполнении деторсионных упражнений при сколиотической болезни поворот туловища в положении лежа на спине осуществляется

в сторону реберного горба

(верно) в сторону, противоположную реберному горбу

100 Вопрос с выбором ответа

Деторсионное упражнение при левостороннем поясничном сколиозе .

Правая нога через верх заводится за левую ногу, руки на ширине плеч.

(верно) левая нога через верх заводится за правую ногу, руки на ширине плеч.

101 Вопрос с выбором ответа

Корректирующее упражнение при правостороннем поясничном сколиозе.

приседание на правой ноге с выносом левой ноги вперед

(верно) приседание на левой ноге с выносом правой ноги вперед.

102 Вопрос с выбором ответа

Укрепление мышц при сколиозе назначается на

(верно) выпуклой стороне

на вогнутой стороне.

103 Вопрос с выбором ответа

Корректирующие упражнения при сколиотической болезни назначают при близко расположенных вершинах сколиоза

да

(верно) нет

104 Вопрос с выбором ответа

Деторсионные упражнения при сколиотической болезни назначают при близко расположенных вершинах сколиоза

да

(верно) нет

105 Вопрос с выбором ответа

При нарушении осанки с увеличением грудного кифоза не укрепляют

мышцы спины

живота

(верно) груди

106 Вопрос с выбором ответа

При плоскостопии укрепляют

(верно) мышцы свода стопы

мышцы живота

мышцы поясницы.

107 Вопрос с выбором ответа

Торсия позвонков наблюдается при заболеваниях:

болезнь Бехтерева

остеохондроз

(верно) сколиоз.

108 Вопрос с выбором ответа

В методике ЛФК при продольном плоскостопии не используют

(верно) использование теплой воды

массаж ног

ходьба на носках, пятках

ходьба по рыхлому грунту

109 Вопрос с выбором ответа

В методике ЛФК при поперечном плоскостопии не используют

(верно) ходьбу на носках

ходьбу на пятках

ходьбу на наружном своде.

110 Вопрос с выбором ответа

Основная задача ЛГ на 1 ступени при инфаркте миокарда:

(верно) борьба с гипокинезией

профилактика пролежней

борьба с атонией кишечника.

111 Вопрос с выбором ответа

На 1 ступени ЛГ при инфаркте миокарда нагрузка дается на мышечные группы:

(верно) мелкие

средние

крупные

112 Вопрос с выбором ответа

Оптимальное число повторений упражнений на средние мышечные группы на 4-й ступени ЛГ

при инфаркте миокарда:

(верно) 2-4

4-6

6-8

113 Вопрос с выбором ответа

Тренировочный режим при инфаркте миокарда можно использовать:

до 40 лет

до 50 лет

(верно) до 60 лет

до 70 лет.

114 Вопрос с выбором ответа

Противопоказанием для назначения ЛГ при инфаркте миокарда не является:

частые болевые приступы

пароксизмальная тахикардия

(верно) одышка при физической нагрузке

115 Вопрос с выбором ответа

Противопоказания для тренировочного режима при инфаркте миокарда:

(верно) аневризма левого желудочка, желудочковая экстрасистолия

(верно) недостаточность кровообращения I ст., одышка при физической нагрузке

116 Вопрос с выбором ответа

Задачей ЛФК при инфаркте миокарда не является

улучшение периферического кровообращения

улучшение психического состояния больного

предупреждение осложнений

(верно) увеличение подвижности в суставах.

117 Вопрос с выбором ответа

Темп упражнений при гипертонической болезни:

(верно) медленный

средний

быстрый

118 Вопрос с выбором ответа

При гипертонической болезни не используются:

ближний туризм

аутотренинг

лечебная гимнастика

терренкур

(верно) спортивные соревнования

119 Вопрос с выбором ответа

При гипертонической болезни показано:

прыжки

резкие наклоны туловища

(верно) бег трусцой

120 Вопрос с выбором ответа

Плотность занятия ЛГ при гипертонической болезни:

(верно) 60%

50%

40%

121 Вопрос с выбором ответа

Задачей ЛФК при гипертонической болезни не является:

нормализация АД

общее укрепление организма

улучшение деятельности ЦНС

(верно) обучение удлинённому выдоху.

122 Вопрос с выбором ответа

Для проведения ЛФК при недостаточности кровообращения 2-ой степени выбираются исходное положение:

стоя

на четвереньках

сидя

(верно) лежа с приподнятым изголовьем.

123 Вопрос с выбором ответа

Задачей ЛФК при недостаточности кровообращения 2-ой степени является:

(верно) стимуляция экстракардиальных факторов кровообращения
восстановление функции ССС
восстановление функции дыхательной системы.

124 Вопрос с выбором ответа

Специальным упражнением при гипотонической болезни является:

(верно) упражнение с отягощением

на координацию

на расслабление

125 Вопрос с выбором ответа

126 Количество повторений упражнений для крупных мышечных групп при недостаточности кровообращения 2-ой А степени:

(верно) 2-3 раза

6-8 раз

10-15 раз.

127 Вопрос с выбором ответа

В первый месяц занятий с больными ИБС нарастание физической активности достигается за счет:

интенсивности занятия

(верно) увеличением количества повторений упражнений

128 Вопрос с выбором ответа

Основная задача при плевритах:

профилактика пневмонии

(верно) предупреждение образования спаек

увеличение ЖЕЛ.

129 Вопрос с выбором ответа

Эвакуации содержимого из бронхов способствует:

(верно) дренажные упражнения

статическое дыхание

звуковая гимнастика.

130 Вопрос с выбором ответа

Дыхательные упражнения на строгом постельном режиме при острой пневмонии выполняются
:(верно) каждый час бодрствования

каждые 2 часа бодрствования

каждые 3 часа бодрствования

131 Вопрос с выбором ответа

Соотношение ДУ: ОРУ при пневмонии на полупостельном режиме:

1:1

(верно) 1:2

1:3

132 Вопрос с выбором ответа

Исходное положение при полупостельном режиме не является при выполнении упражнений:

лежа

сидя

(верно) стоя.

133 Вопрос с выбором ответа

Постуральный дренаж для нижних долей легкого не проводится в положении

(верно) стоя

лежа на животе – поднят ножной конец

лежа на животе – туловище свешено до середины вниз.

134 Вопрос с выбором ответа

Метод проведения ЛГ при пневмонии на свободном режиме:

малогрупповой

индивидуальный

(верно) групповой

135 Вопрос с выбором ответа

Особенность методики ЛФК в первый период при острой пневмонии:

(верно) дыхание с удлиненным выдохом

дренажные упражнения

идеомоторные движения

136 Вопрос с выбором ответа

Особенностью ЛФК во втором периоде при острой пневмонии не является:

(верно) дыхание с удлиненным выдохом

дренажные упражнения

постуральный дренаж

Вопрос с выбором ответа

137 При бронхиальной астме ведущей является:

(верно) тренировка удлиненного выдоха

тренировка навыка полного дыхания.

138 Вопрос с выбором ответа

Для больных, находящихся на щадящем двигательном режиме при заболеваниях легких характерно:

(верно) одышка при ходьбе в среднем темпе по ровной местности

одышка при ускоренном темпе ходьбы по ровной местности

одышка появляется при подъеме по лестнице в ускоренном темпе.

139 Вопрос с выбором ответа

Для больных, находящихся на щадяще- тренирующем режиме при заболеваниях легких характерно:

одышка при ходьбе в среднем темпе по ровной местности

(верно) одышка при ускоренном темпе ходьбы по ровной местности

одышка появляется при подъеме по лестнице в ускоренном темпе.

140 Вопрос с выбором ответа

Для больных, находящихся на тренирующем режиме при заболеваниях легких характерно:

одышка при ходьбе в среднем темпе по ровной местности

одышка при ускоренном темпе ходьбы по ровной местности

(верно) одышка появляется при подъеме по лестнице в ускоренном темпе.

141 Вопрос с выбором ответа

Назначается ли ходьба по лестнице при щадящем двигательном режиме

да

(верно) нет.

142 Вопрос с выбором ответа

Для больных с хроническими заболеваниями легких, находящихся на щадящем режиме пороговая эргометрическая нагрузка

(верно) 50вт. и ниже

у мужчин 50-100вт, у женщин 50-85вт.

у мужчин 101-150вт., у женщин 86-125вт.

143 Вопрос с выбором ответа

Для больных, с хроническими заболеваниями легких, находящихся на щадяще -тренирующем режиме пороговая эргометрическая нагрузка

50вт и ниже

(верно) у мужчин 50вт, у женщин 50-85вт.

у мужчин 101-150вт., у женщин 86-125вт.

144 Вопрос с выбором ответа Вес: 1 Код: 143

Для больных, с хроническими заболеваниями легких, находящихся на тренирующем режиме пороговая эргометрическая нагрузка

50вт и ниже

у мужчин 101-150вт., у женщин 50вт. -125вт

(верно) у мужчин 101-150вт., у женщин 86-125вт.

145 Вопрос с выбором ответа

Для больных, с хроническими заболеваниями легких, находящихся на щадящее- тренирующем режиме назначается беговая нагрузка

да

(верно) нет

146 Вопрос с выбором ответа

Для больных, с заболеваниями легких, находящихся на тренирующем режиме назначается беговая нагрузка

(верно) да

нет

147 Вопрос с выбором ответа

Особенностью методики при нарушении мозгового кровообращения не является

лечение положением

массаж

пассивные движения

(верно) использование теплой воды.

148 Вопрос с выбором ответа

Основная задача при нарушении мозгового кровообращения:

общее укрепление организма

(верно) снижение тонуса спастических мышц

укрепление спастических мышц

уменьшение болей.

149 Вопрос с выбором ответа

При неврите лицевого нерва страдают мышцы:

(верно) мимические

жевательные.

150 Вопрос с выбором ответа

Симптом «петушиная походка» формируется при неврите:

большеберцового нерва

срединного нерва

бедренного нерва

Примеры ситуационных задач (прилагаются):

Задача 1

Ребенок Л, 7 лет, с диагнозом: ДЦП, спастический тетрапарез, - получает курс реабилитации, включающий в себя ЛФК, ФТЛ, медикаментозное лечение, в отделении восстановительного лечения. На момент осмотра у ребенка жалобы на повышение температуры до 37, градусов, насморк, кашель. Ребенок осмотрен педиатром, поставлен диагноз: ОРВИ, острый фарингит. Назначено противомикробное лечение.

1. Показано ли продолжение курса восстановительного лечения в связи с тяжестью основного заболевания ребенка?
2. Назовите показания для назначения ЛФК?
3. Назовите противопоказания для назначения ЛФК?

Ответ: 1. нет, т.к. острый период любого заболевания и любое инфекционное заболевание являются противопоказанием для восстановительного лечения. 2. отсутствие, ослабление или извращение функции, наступившее вследствие заболевания, травмы (и)или их осложнений; положительная динамика в состоянии больного, определенная по совокупности клинико-функциональных и лабораторных данных. 3. острый период любого заболевания или обострение хронического заболевания до появления стойкой клинико-лабораторной ремиссии; любое инфекционное заболевание до появления стойкой клинико-лабораторной ремиссии; гипертермия любого генеза; системные заболевания (красная волчанка); наличие любого кровотечения, в том числе, внутреннего до полного его прекращения и

восстановления лабораторных показателей; абсолютным противопоказанием являются идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура и геморрагический васкулит; гнойные или гнойничковые поражения кожи, подкожной клетчатки, фасций и мышц; врожденные пороки сердца в стадии декомпенсации; эписиндром; онкологические заболевания; спинальная амиотрофия Вернике-Гоффмана; оссифицирующий миозит; выраженные расстройства интеллектуально-мнестической сферы и психические заболевания, затрудняющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

Задача 2

В отделение неврологии поступил больной К, 29 лет, с диагнозом: нейропатия лицевого нерва, восстановительный период.

Назначен курс реабилитации. Курс составляет 20 занятий.

1. Какой курс реабилитации вы можете назначить данному больному?
2. Назовите и охарактеризуйте периоды физической нагрузки всего курса реабилитации для данного больного

Ответ: 1. ЛФК, физиотерапия, после проведения курса ФЗТ – иглорефлексотерапия, массаж воротниковой зоны, медикаментозная терапия). 2. подготовительный период занимает приблизительно 25% от общего курса и подготавливает к основной дозе физической нагрузки; основной - составляет приблизительно 50% от общего курса, именно здесь проявляется лечебный эффект от физических упражнений; заключительный - составляет 25% от общего курса и должен проходить в условиях поликлиники или санаторно-курортного лечения, считается от момента вылечивания заболевания до полного здоровья.

Задача 3

Больному П, 56 лет, с диагнозом: последствия геморрагического инсульта в виде спастического левостороннего гемипареза, назначен курс ЛФК. Упражнения выполняются в одном темпе в течение 25-30 минут в положении стоя. В конце занятия больной использует гимнастические снаряды.

1. Правильно ли построено занятие для данного пациента? Почему?
2. Что влияет на дозу физической нагрузки?

3. Какие вы знаете способы дозирования физической нагрузки?

Ответ: 1. нет, т.к. упражнения выполняются в одном темпе, постоянно в одном положении, гимнастические снаряды не рекомендуется использовать в конце занятия 2. возраст, пол, общее состояние пациента, спортивный анамнез, анамнез заболевания, стадия заболевания. 3. изменять число вовлеченных в работу мышечных групп, изменять темп выполнения упражнения, увеличивать или уменьшать амплитуду движения, изменять исходное положение, увеличивать или уменьшать количество повторов, использовать гимнастические снаряды, усложнять координацию движений.

Задача 4

В отделение восстановительного лечения поступил больной Р., 35 лет, с жалобами на нарушение осанки и постоянные боли в пояснице.

1. Что необходимо сделать врачу ЛФК при первичном осмотре?

2. Что включает в себя кинезотерапевтический осмотр?

Ответ: 1. собрать анамнез жизни, анамнез заболевания; произвести клинический осмотр, кинезотерапевтический осмотр, назначить необходимые консультации и лабораторные, инструментальные методы исследования. 2. оценка осанки, физиологических изгибов позвоночника, исследование объема движений в шейном, нижнегрудном, поясничном отделах позвоночника; линейные измерения длины и окружности конечностей; измерение объема движений в суставах; оценка мышечного тонуса и трофики мышц; оценка сухожильных рефлексов и выявление патологических рефлексов; оценка мышечной силы; исследование координации движения и сложных двигательных актов, таких как походка и т.п.

Задача 5

В отделение восстановительного лечения поступила больная М., 4 лет, с диагнозом: спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана.

1. Можно ли назначить курс ЛФК данной больной? Почему?

2. Есть ли необходимость в обучении ребенка и родителей показанным для больной видом физических упражнений?

Ответ: 1.при спинальной амиотрофии возможно лишь назначение дыхательной гимнастики. 2.да, обязательно, т.к. одна из наиболее частых причин смерти данных пациентов являются застойные явления в легких вследствие инфекционных заболеваний, дыхательная недостаточность, поэтому ребенок и родители обязательно должны владеть техникой выполнения дыхательной гимнастики.

Фонд оценочных средств для дисциплины по выбору НЕВРОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА для контроля уровня сформированности компетенций (текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины и учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы ординаторов)

1. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости

Для текущего контроля успеваемости, в том числе для контроля самостоятельной работы студентов используются задания в тестовой форме и ситуационные задачи.

А) Тестовые задания:

Критерии оценки:

Оценка «отлично» - правильные ответы на все задания (10),

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

Примеры тестовых заданий:

1. При подозрении на опухоль мозгового ствола наиболее адекватным диагностическим методом является:

- а) компьютерная томография
- б) рентгенография черепа
- в) магнитно-резонансная томография головного мозга
- г) исследование глазного дна и полей зрения
- д) биопсия

Ответ: в)

2. Типичная локализация медуллобластомы детского возраста:

- а) в области турецкого седла
- б) в полушарии мозжечка
- в) в сосудистых сплетениях боковых желудочков
- г) в черве мозжечка
- д) поражает оба полушария, прорастая через мозолистое тело

Ответ: г)

3. Акушерский парез типа Эрба-Дюшена характеризуется:

- а) парезом дистального отдела ноги
- б) периферическим парезом ног
- в) центральным монопарезом руки
- г) периферическим парезом проксимального отдела руки

Ответ: г)

4. Акушерский парез типа Дежерин-Клюмпке характеризуется:

- а) центральным монопарезом ноги
- б) центральным парезом руки
- в) периферическим парезом дистального отдела руки
- г) периферическим парезом дистального отдела ноги

Ответ: в)

5. Врожденная гидроцефалия обусловлена:

- а) нарушением формирования ликворной системы
- б) блоком в ликворных путях
- в) нарушением всасывания в пахионовых грануляциях
- г) гиперпродукцией цереброспинальной жидкости

Ответ: а)

6. Порэнцефалия возникает в результате:

- а) нарушения процессов клеточной миграции
- б) гипоксии плода
- в) наследственного фактора
- г) токсического воздействия

Ответ: а)

7. Родовая травма спинного мозга возникает вследствие:

- а) хронической гипоксии
- б) острой асфиксии
- в) механического повреждения
- г) токсического воздействия

Ответ: в)

8. Родовая травма периферической нервной системы приводит к развитию:

- а) центрального монопареза
- б) центрального тетрапареза
- в) периферического пареза
- г) неонатальных судорог

Ответ: в)

9. Лечение эпилепсии следует начинать с:

- а) монотерапии
- б) политерапии

Ответ: а)

10. Отмена противосудорожной терапии осуществляется:

- а) только после полной нормализации ЭЭГ
- б) спустя 3-5 лет после клинической ремиссии
- в) спустя более 5 лет после клинической ремиссии

02.1. Передача нервного импульса происходит

- а) в синапсах
- б) в митохондриях
- в) в лизосомах
- г) в цитоплазме
- д) в аксонах

02.2. Спинной мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка

- а) XII грудного
- б) I поясничного
- в) II поясничного
- г) III поясничного
- д) IV поясничного

02.3. Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте

- а) до 2 месяцев
- б) до 3 месяцев
- в) до 4 месяцев
- г) до 1 года
- д) до полутора лет

02.4. Хватательный рефлекс физиологичен у детей в возрасте

- а) до 1-2 месяцев
- б) до 3-4 месяцев
- в) до 5-6 месяцев
- г) до 7-8 месяцев
- д) до года

02.5. Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей

- а) при стафилококковой инфекции
- б) школьного возраста
- в) при иммунодефиците
- г) с ликвореей
- д) с аллергией

02.6. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются

- а) в стволе мозга
- б) в затылочной доле
- в) в лобной доле
- г) в височной доле
- д) теменной доле

02.7. Индометацин не рекомендуется назначать детям

- а) до 5 лет
- б) до 7 лет
- в) до 10 лет
- г) до 12 лет
- д) до 15 лет

02.8. При невралгии амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают

- а) только вялые парезы ног
- б) только вялые парезы рук
- в) вялые парезы рук и ног
- г) только парезы мышц туловища
- д) парез мышц рук, ног и туловища

02.9. Продолжительность диетолечения больного с фенилкетонурией составляет

- а) от 2 до 6 месяцев
- б) от 2 месяцев до 1 года
- в) от 2 месяцев до 3 лет
- г) от 2 месяцев до 5-6 лет
- д) всю жизнь

02.10. Сочетание грубой задержки психомоторного развития с гиперкинезами, судорожным синдромом и атрофией зрительных нервов у детей до 2 лет характерно

- а) для болезни с нарушением аминокислотного обмена
- б) для болезни углеводного обмена
- в) для мукополисахаридоза
- г) для липидозов
- д) для лейкодистрофии

02.11. Синдром Марфана характеризуется

- а) арахнодактилией
- б) пороками сердца
- в) подвывихами хрусталика
- г) всеми перечисленными симптомами
- д) ничем из перечисленного

02.12. Появление одышки у детей при приеме диакарба свидетельствует

- а) о метаболическом алкалозе
- б) о метаболическом ацидозе
- в) о нарушении церебральной гемодинамики
- г) об обезвоживании
- д) о поражении дыхательного центра

02.13. Клинические проявления травматического субарахноидального кровоизлияния обычно развиваются у детей

- а) подостро
- б) после «светлого» промежутка
- в) волнообразно
- г) остро
- д) начальный период асимптомен

02.14. Противопоказанием к санаторно-курортному лечению детей после травмы спинного мозга являются

- а) парезы и параличи
- б) чувствительные нарушения
- в) нарушения мочеиспускания и пролежни
- г) деформация позвоночника
- д) мышечные спазмы

02.15. Повторные субарахноидальные кровоизлияния у детей возникают

- а) при мальформации
- б) при ревматическом пороке сердца
- в) при ликворной гипертензии
- г) при опухоли глубинной локализации
- д) при артериальной гипотензии

Примеры ситуационных задач:

Задача 1.

Девочка П., 4-х лет поступила в стационар по поводу отставания в психомоторном развитии. Самостоятельно не ходит, отсутствует фразовая речь.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась от первой беременности, протекавшей на фоне хронической герпетической инфекции с обострением на начальных сроках и перед родами. Родилась на 39 неделе, путём кесарева сечения в связи с обострением herpes genitalis у матери. При рождении масса тела – 3279г., длина – 50 см., оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписана на 7-е сутки жизни с диагнозом: «Угрожаемая по герпетическому поражению Ц.Н.С.».

Период новорожденности протекал без особенностей. На первом году жизни задержка темпов психомоторного развития (голову держит с 3-х месяцев, переворачивается с 7 месяцев), частые срыгивания, беспокойный сон. В связи с этим наблюдается неврологом по месту жительства.

Психоневрологический статус.

Менингеальных знаков нет. Окружность головы - 46 см. Высшие корковые функции: контакту доступна ограничено, на осмотр реагирует с интересом, улыбается. Понимание речи ограничено, экспрессивная речь – слоги «мама», «папа». Сон не нарушен.

Черепно-мозговые нервы: глазные щели, зрачки OS=OD, реакция зрачков на свет (прямая и содружественная) живые OS=OD. Движения глазных яблок снаружи несколько ограничены, OS>OD. Конвергенция и аккомодация вызываются. Лицо симметрично. Слух сохранён. Нёбный, глоточный рефлекс живые. Язык по средней линии. Голова по средней линии, плечи, лопатки симметричны.

Двигательная сфера: активность ограничена (самостоятельно не ходит). Навыки: самостоятельно садиться через поворот на четвереньки, сидит с круглой спиной. Тонус проксимальных мышц конечностей низкий, повышен в дистальных отделах конечностей. На спине лежит в позе лягушки, разведение в тазобедренных суставах избыточное, тугоподвижность в голеностопных суставах D>S. Гипермобильность крупных и мелких суставов. Сухожильные рефлексы с рук, ног высокие, с расширением рефлексогенных зон, D>=S. Патологические рефлексы не вызываются.

Чувствительность: болевая и тактильная не нарушены.

Вегетативная нервная система: АД 90/60 мм.рт.ст. ЧСС 88 в 1 мин.

Тазовые функции: не нарушены.

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с признаками дисфункции и раздражения подкорковых и стволовых структур. Типичной эпилептической активности, грубых очаговых изменений не выявлено.

Осмотр офтальмолога: Vis OU – предметное зрение. Глазное дно: ДЗН OU- бледно розового цвета. Калибр сосудов не изменён.

Консультация дефектолога: Грубая задержка психоречевого развития. Анартрия.

Компьютерная томография головного мозга, по результатам которой сделано заключение: «Умеренно выраженная смешанная, открытая, симметричная гидроцефалия».

Задание:

1. Диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Принципы лечения.
4. Диспансерное наблюдение.
5. Прогноз.

Ответ

1. Детский церебральный паралич, смешанная форма. Грубая задержка психоречевого развития. Анартрия. Симптоматическая парциальная эпилепсия, ремиссия.
2. Дифференциальную диагностику проводят с наследственными заболеваниями обмена, с нервно-мышечными заболеваниями, другими формами детского церебрального паралича.
3. Лечение:
 - 3.1. Медикаментозное (симптоматическое)
 - антиконвульсанты (постоянно);
 - коррекция мышечного тонуса (ДИСПОРТ, МИДОКАЛМ, БАКЛОФЕН, ЦИКЛОДОЛ);
 - сосудистые препараты (КАВИНТОН);
 - комплексы аминокислот (АКТОВЕГИН).
 - 3.2. ЛФК, массаж.
 - 3.3. Ортопедические мероприятия (профилактика и лечение контрактур).
 - 3.4. Логопедические занятия.
4. Диспансерное наблюдение до перехода в подростковый кабинет.

5. Прогноз для здоровья неблагоприятный. Ребенок социально дезадаптирован, нуждается в постоянном постороннем уходе.

Задача 2 .

Девочка М., 2 лет, задерживается в развитии (самостоятельно не стоит, не ходит), отмечается ограничение активных движений в левой руке.

Наблюдается неврологом поликлиники с первого месяца жизни по поводу синдрома внутричерепной гипертензии, нарушений мышечного тонуса. Отмечалась задержка темпов психомоторного развития. Голову держит с 2 месяцев, начала брать игрушки с 5 месяцев, переворачивается с 6 месяцев, самостоятельно села в 9 месяцев. С 5-и месячного возраста заметно ограничение движений в левой руке. Получала лечение в виде физиопроцедур, массажа, ЛФК на мяче, назначались ноотропы, вазоактиваторы, витамины группы В. Для уточнения диагноза направляется в стационар.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась от первой беременности. Оба родителя молодые, здоровые, вредных привычек не имеют. Беременность на фоне токсикоза, угрозы прерывания в первый триместр, патологической прибавки в массе во второй половине. Роды в срок. Безводный период 2 часа. Масса 3600 г, рост 56 см., окружность головы 36 см. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. К груди приложена на первые сутки, выписана из роддома в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки. Привита по возрасту.

Неврологический статус.

ОГ – 48 см., Большой родничок закрыт. Ч.М.Н. - глазные щели, зрачки S=D, фотореакция на свет живая. Реакция зрачков на конвергенцию, аккомодацию живая. Расходящееся косоглазие справа. Лицо симметрично в покое, при плаче. Голос звонкий. Небный, глоточный рефлекс вызываются. Язык по средней линии. Ограничение активных, пассивных движений в левой руке, которая прижата к туловищу, кисть сжата в кулак. Левая нога ротирована наружу. Плечо слева опущено. В положении стоя левая стопа повернута внутрь, пальцы согнуты и напряжены. На пятку встать не может. Гипертонус в левых конечностях, более выражен в руке. Поверхностные рефлексы живые. Сухожильные рефлексы: бицепс, трицепс - оживлены слева, карпо-радиальный выше слева. Коленный оживлен S=D. Ахиллов S=D, патологический рефлекс Бабинского с двух сторон. Самостоятельно не стоит, не ходит. Обращенную речь понимает, говорит слогами, отдельными словами.

Осмотр окулиста. Расходящееся косоглазие OD. Глазное дно: диски зрительных нервов гиперемированы, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменены.

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения, признаки стволовой дисфункции.

Задание: 1. Перечислить неврологические симптомы.

1. Выделить неврологический синдром.
2. Топический диагноз.

3. Клинический диагноз.
4. Диспансерное наблюдение
5. Прогноз.

Ответ:

1. Выделяем неврологические симптомы - мышечный гипертонус пирамидного характера, гиперрефлексия.
2. Центральный парез.
3. Левосторонний спастический гемипарез. Уровень поражения – двигательная область коры.
4. Клинический диагноз: Детский церебральный паралич. Спастическая форма. Начальная хронически – резидуальная стадия.
5. Диспансерное наблюдение до передачи в подростковый кабинет.
6. Заболевания не прогрессирует. Стойкие двигательные нарушения, умеренные когнитивные расстройства. Показано оформление пособия по инвалидности.

Задача 3.

На приеме мальчик 4 лет с жалобами со слов мамы на постепенно развившуюся слабость в ногах, стал с трудом подниматься по лестнице, часто падать. Совсем не может бегать, изменилась походка.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, I родов. Роды в срок, масса при рождении 3370. До 3 лет развивался соответственно возрасту. Сел в 6 месяцев, пошел в 10 месяцев.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, психическое развитие соответствует возрасту. Сила мышц в проксимальных отделах нижних конечностей, а также длинных мышц спины снижена. Выраженный поясничный лордоз. Псевдогипертрофия икроножных мышц: при пальпации икроножные мышцы плотные. Четырёхглавые мышцы дряблые. Своеобразно встаёт из горизонтального положения: сначала поворачивается на живот, затем, упираясь руками в пол, становится на четвереньки; разгибая колени выпрямляет ноги, после чего перебирая руками по ногам выпрямляется (симптом «лестницы»). Походка «утиная». Сухожильные рефлексы с рук живые S=D, коленные abs, ахилловы – снижены S=D. Все виды чувствительности сохранены. Функция тазовых органов не нарушена.

Анализ мочи: содержание креатина в суточной моче 200мг (норма 70мг), креатинина 280мг (норма 350-400мг). Выявлена гипераминоацидурия.

1. Клинический диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Прогноз при данном заболевании.

4. На что направлена терапия при данном заболевании?

Ответ

1. Наследственная нервно-мышечное заболевание – псевдогипертрофическая форма Дюшенна.
2. На ЭМГ с пораженных мышц будет отмечаться снижение амплитуды регистрируемых потенциалов при произвольных движениях.
3. Мышечная дистрофия Дюшенна - одна из самых тяжелых и быстро прогрессирующих форм. К 12 годам больные обычно теряют способность передвигаться, а к 20 годам большинство из них погибает.
4. Не существует способов предотвратить или замедлить прогрессирование мышечной слабости при мышечной дистрофии. Терапия направлена главным образом на борьбу с осложнениями, такими, как деформация позвоночника, развивающаяся вследствие слабости мышц спины, или предрасположенность к пневмониям, обусловленная слабостью дыхательных мышц. В этом направлении достигнуты определенные успехи, и качество жизни больных с мышечной дистрофией улучшилось. Сейчас многие больные, несмотря на свой недуг, могут вести полноценную и продуктивную жизнь.

Задача 4

В отделение поступил ребенок 13 лет с жалобами на повышение температуры до 37,5° в течение последних 4 месяцев, иногда приступы повышения температуры до 39° с ознобом, продолжительностью 2 часа. Температура снижается самостоятельно без приема медикаментов. Прибавка в весе – 10кг, появились стрии на теле, гинекомастия, общая слабость, утомляемость, колебания АД и пульса.

Объективно: общее самочувствие не страдает. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. При термометрии получен монотермический тип кривой. Асимметрия температуры подмышечных впадин, термоинверсия аксиллярной и ректальной температуры.

1. Определить локализацию патологического процесса.
2. Что включает в себя надсегментарный уровень вегетативной нервной системы?
3. Что включает в себя сегментарный уровень вегетативной нервной системы?
4. Какие симптомы характерны для поражения гипоталамуса?
5. Описать методы исследования кожных вегетативных рефлексов.

Ответ :

1. В патологический процесс вовлечена гипоталамическая область. Принимая во внимание ангину в анамнезе можно думать о инфекционно-аллергическом поражении

гипоталамической области.

2. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы: ретикулярная формация; медиобазальные отделы височной доли; лимбическая система; гипоталамическая область; диэнцефалон; вегетативные зоны коры головного мозга (полюс лобной доли, премоторная зона, парацентральная долька).

3. К сегментарным отделам относятся ядра среднего и продолговатого мозга, ядра боковых рогов спинного мозга, узлы пограничного симпатического ствола.

4. Клинические синдромы поражения гипоталамуса:

- нейро-эндокринно-обменный
- вегетативно-сосудистый
- вегетативно-висцеральный
- нарушение терморегуляции
- нервно-трофический
- нервно-мышечный
- нарушение сна и бодрствования
- псевдоневротенический и псевдопсихопатологический, гипоталамическая эпилепсия

5. Исследование кожных вегетативных рефлексов. В клинике важно исследовать дермографизм - реакцию сосудов кожи на раздражение и пилоромоторный рефлекс - рефлекс «гусиной кожи».

Местный дермографизм. Вызывают штриховым раздражением кожи тупым предметом. Белый дермографизм указывает на повышение тонуса симпатической нервной системы, выраженный красный дермографизм - на повышение тонуса парасимпатической нервной системы. Характер местного дермографизма может зависеть от степени давления.

Рефлекторный дермографизм. Определяют путем проведения иглой по коже. Образуется красная полоса. Иннервация сосудов-расширителей обеспечивается центрами спинного мозга, поэтому при поражении периферических нервов и сегментарного аппарата спинного мозга наступает выпадение этого рефлекса в зоне сегмента. Иногда встречается возвышенный дермографизм, при котором в ответ на раздражение возникает приподнятый кожный валик.

Пиломоторный рефлекс. Вызывают быстрым охлаждением кожи эфиром, холодной водой или щипковым ее раздражением в области надплечья. В ответ возникает сокращение гладких волосяных мышц на стороне раздражения. Дуга пиломоторного рефлекса замыкается в спинном мозге. Поражение спинного мозга

сопровождается выпадением пиломоторного рефлекса на соответствующем уровне. Рефлекс сохраняется выше и ниже уровня поражения.

Задача 5

В отделение поступил ребенок 4 лет, с жалобами со стороны мамы на резкое отставание в психо-эмоциональной сфере, на частые да 20 раз в день судорожные приступы в виде замираний, молниеносных кивательных судорог, внезапных падений.

Из анамнеза: девочка усыновлена в возрасте 6 месяцев, до 2 –х летнего возраста развивалась соответственно возрасту (говорила, знала стихи, интересовалась игрушками, узнавала близких, играла с детьми). Сначала мама стала отмечать резкие перемены настроения у ребенка, агрессивность, снижение словарного запаса, снижение памяти. Приступы появились год назад.

Объективно: на осмотр не реагирует, девочка не говорит, обращенную речь не понимает, на имя не отзывается. Во время осмотра отмечено два эпилептического приступа по типу замирания продолжительностью до 10 секунд, со стороны неврологического статуса клинических данных не выявлено.

ЭЭГ: отмечаются комплексы «пик-медленная волна» в межприпадочном периоде, признаки гипсаритмии.

1. Поставить клинический диагноз.
2. Какие еще дополнительные методы исследования необходимо провести?

Цель данных исследований.

3. Прогноз заболевания.
4. Описать анамнез, симптомы, данные ЭЭГ характерные для фебрильных судорог.
5. Какая первая медицинская помощь при эпилептическом статусе у детей старше одного месяца жизни?

Ответ:

1. Генерализованная эпилепсия. Синдром Леннокса-Гасто.
2. КТ или МРТ головного мозга, для выявления нарушения со стороны структур головного мозга в зависимости от этиологии заболевания (пороки развития, корковая дисплазия, атрофия коры головного мозга).
3. В 75% случаев - резистентность к терапии. Возможно персистирование миоклонико-астатических припадков во взрослый возраст, переход в большие судорожные приступы.
4. Для фебрильных судорог характерно:
-в семье нет больных с судорожными припадками.

- отсутствие у больного ранее припадков.
- припадки обычно продолжаются недлительно - от 1-2 до 15 минут.
- отсутствие очаговых неврологических нарушений.
- отсутствие на ЭЭГ в промежутке между приступами очаговой и судорожной активности.
- температура тела во время судорог превышает 38°С.
- отсутствует прямое инфекционное поражение головного мозга.
- продолжительность судорог от нескольких секунд до нескольких минут.

5. Препараты выбора у детей старше 1 месяца жизни бензодиазепины – диазепам 0,25 - 0,4 мг/кг в/в или лоразепам 0,05 - 0,1 мг/кг в/в.

При отрицательном эффекте мидазолам 0,2 мг/кг в/в со скоростью 1 мг/мин и далее постоянная инфузия со скоростью 0,2 мг/кг/ч. Подключение к АИВЛ, общая анестезия.

Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости для дисциплины *Нейрохирургия*:

Для текущего контроля успеваемости, в том числе для контроля самостоятельной работы студентов используются задания в тестовой форме и ситуационные задачи.

А) Тестовые задания:

Критерии оценки:

Оценка «отлично» - правильные ответы на все задания (10),

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

10.1. Для опухоли преоторной области лобной доли характерны

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

10.2. Ремиттирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации

в:

- а) поясничном отделе
- б) шейном отделе
- в) области конского хвоста
- г) грудном отделе
- д) шейном и грудном отделе

10.3. Ремиттирующее течение спинальных опухолей наиболее часто наблюдается

- а) при ангиоретикулемах
- б) при глиомах
- в) при менингиомах
- г) при невриномах
- д) при эпендимомах

10.4. Среди первичных опухолей спинного мозга наиболее редко встречаются

- а) глиомы
- б) гемангиомы
- в) невриномы
- г) менингиомы
- д) астроцитомы

10.5. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие

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

10.6. Спондилография наименее информативна, если опухоль спинного мозга локализуется

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

10.7. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его

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

10.8. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается

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

10.9. Опухолью передних отделов боковых желудочков наиболее часто является

- а) менингиома
- б) хориоидпапиллома
- в) эпендимома
- г) астроцитома

д) ганглиома

10.10. Наиболее часто встречаются невриномы нерва

- а) зрительного
- б) тройничного
- в) слухового
- г) подъязычного
- д) добавочного

10.11. Генерализованные эпилептиформные припадки чаще бывают при локализации опухоли в следующей доле мозга

- а) лобной
- б) височной
- в) теменной
- г) затылочной
- д) теменной и затылочной

10.12. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступают при локализации опухоли в следующей доле мозга

- а) лобной
- б) теменной
- в) височной
- г) затылочной
- д) теменной и затылочной

10.13. Симптом корешковых болей положения наиболее характерен для:

- а) эпидуральных неврином
- б) субдуральных неврином
- в) эпидуральных менингиом
- г) субдуральных менингиом
- д) эпидуральных неврином и субдуральных менингиом

10.14. Эхо-энцефалоскопия наиболее информативна при локализации опухоли в:

- а) височной доле
- б) задней черепной ямке
- в) стволе мозга
- г) затылочной доле
- д) лобной доле

10.15. Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении г-сцинтиграфии характерен

- а) для менингиом
- б) для краниофарингиом
- в) для аденом гипофиза
- г) для неврином
- д) для астроцитом

10.16. Невринома VIII нерва отличается от других опухолей задней черепной ямки

- а) ранним развитием гипертензионно-гидроцефального синдрома
- б) ранним снижением зрения
- в) побледнением дисков зрительных нервов
- г) выраженной белково-клеточной диссоциацией
- д) усилением симптомов при перемене положения головы

10.17. При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют

- а) большие судорожные припадки
- б) абсансы
- в) зрительные галлюцинации
- г) верхнеквадрантная гемианопсия
- д) побледнение диска зрительного нерва

10.18. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна

- а) моторная, сенсорная афазия

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

10.19. Дифференциальным признаком опухоли верхней теменной доли является

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

10.20. Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются

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

10.21. Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает

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

10.22. Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденомы гипофиза следующего гистологического типа

- а) эозинофильных
- б) базофильных
- в) хромофобных
- г) эозинфильных и базофильных
- д) базофильных и хромофобных

10.23. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерна гемианопсия:

- а) гомонимная
- б) биназальная
- в) битемпоральная
- г) квадрантная
- д) корковая

10.24. К развитию акромегалии приводят аденомы гипофиза

- а) эозинофильные
- б) базофильные
- в) хромофобные
- г) хромофобные и базофильные
- д) эозинофильные и хромофобные

10.25. Признаки акромегалии при аденоме гипофиза можно уменьшить назначением:

- а) бромида натрия
- б) бромкриптина
- в) бромкамфоры
- г) бромурала
- д) бромгексина

10.26. Среди опухолей области турецкого седла обывествление чаще наблюдают в:

- а) аденоме гипофиза
- б) краниофарингиоме
- в) арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла
- г) глиоме зрительного нерва
- д) менингиоме

10.27. Бурный асептический менингит наступает при прорыве и опорожнении кисты

- а) эозинофильной аденомы
- б) базофильной аденомы
- в) хромофобной аденомы
- г) краниофарингиомы
- д) астроцитомы

10.28. Синдром Бурденко - Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь и слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен

- а) сдавлением структур передней черепной ямки при передне-заднем смещении мозга
- б) нарушением ликвороциркуляции при близости опухоли к средней линии
- в) общностью иннервации структур передней и задней черепной ямки
- г) сдавлением ствола мозга
- д) сдавлением среднего мозга

10.29. Битемпоральная гемианопсия при опухолях задней черепной ямки обусловлена

- а) компрессией хиазмы при передне-задней дислокации мозга
- б) гидроцефалией III желудочка
- в) нарушением кровообращения в хиазме
- г) сдавлением ствола мозга
- д) вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие

10.30. Вынужденное положение головы при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли

- а) мосто-мозжечкового угла
- б) IV желудочка
- в) червя мозжечка
- г) полушарий мозжечка
- д) ствола мозга

10.31. Синдром Гертвига - Мажанди при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли

- а) червя мозжечка
- б) полушарий мозжечка
- в) мосто-мозжечкового угла
- г) варолиева моста
- д) среднего мозга

10.32. Синдром Гертвига - Мажанди при супратенториальных опухолях чаще возникает при опухоли

- а) гипофиза
- б) эпифиза (шишковидной железы)
- в) височной доли
- г) затылочной доли
- д) лобной доли

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

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

10.34. К опухолям ЦНС оболочечно-сосудистого ряда относятся

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

10.35. К ранним симптомам арахноидэндотелиомы бугорка турецкого седла относятся

- а) снижение обоняния
- б) головная боль
- в) снижение зрения

- г) альтернирующий синдром Вебера
- д) зрительные галлюцинации

10.36. Для расстройств зрения при арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла характерны

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

10.37. При конвекситальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают

- а) зрительные
- б) слуховые
- в) обонятельные
- г) вкусовые
- д) тактильные

10.38. При базальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают зрительные

- б) слуховые
- в) обонятельные
- г) вкусовые
- д) тактильные

10.39. Компьютерная томография наиболее информативна при локализации опухоли

- а) в полушариях головного мозга
- б) в базальной зоне головного мозга
- в) в задней черепной ямке
- г) в краниовертебральной области
- д) в базальной зоне головного мозга и краниовертебральной области

10.40. Первичным источником метастатических опухолей ЦНС чаще является рак

- а) легких
- б) желудка
- в) грудной железы
- г) матки
- д) предстательной железы

10.41. Рвота при супратенториальных опухолях рассматривается как общемозговой симптом, поскольку возникает

- а) вне связи с приемом пищи
- б) независимо от перемены положения тела
- в) после кратковременного ощущения тошноты
- г) при повышении внутричерепного давления
- д) при повороте головы

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

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

Мезэнцефальная .симптоматика при тяжелом ушибе головного мозга проявляется: 1. симптом Гертвиг-Мажанди 2. парез взора вверх 3. вертикальный нистагм 4. двусторонние патологические рефлекссы 5. диссоциация мышечного тонуса.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3

- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

При переломе пирамиды височной кости имеет место: 1. ушная ликворея 2. парез лицевого нерва 3. глухота 4. поражение барабанной струны 5. гематотимпанум.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Типичное место сосудистого сплетения, продуцирующего наибольшее количество ликвора:

- а) передние рога боковых желудочков;
- б) III желудочек;
- в) нижний рог бокового желудочка;
- г) IV желудочек;
- д) треугольник бокового желудочка.

Определение нестабильности позвоночника по классификации Denis:

- а) Повреждение связочного аппарата;
- б) Нарушение анатомического соотношения между позвонками при физиологических нагрузках;
- в) Любое повреждение позвоночника, вызывающее компрессию нервных структур;
- г) Любое повреждение позвоночника, вовлекающее 2 столба или средний столб;
- д) Верно а) и б)

Поражение S1 корешка сопровождается снижением:

- а) Коленного рефлекса;
- б) Ахиллова рефлекса;
- в) Рефлекса Оппенгейма;
- г) Рефлекса Бабинского;
- д) Все неверно.

Метод выбора для визуализации дегенеративных изменений в межпозвонковом диске:

- а) МРТ;
- б) КТ;
- в) КТ-дискография;
- г) Рентгенография;
- д) Миелография.

Бедренный нерв располагается:

- а) под толщей ягодичной мышцы;
- б) выходит из-под грушевидной мышцы;
- в) медиальнее и глубже портняжной мышцы на подвздошно-по-ясничной мышце;
- г) делится на конечные ветви на уровне с/з бедра;
- д) правильно б) и г).

Использование операционного микроскопа при невролизе и эндоневролизе позволяет: 1. Отличить рубцовую ткань от здоровой 2. Сохранить интактную ткань нерва от резекции 3. Выделить неповрежденные пучки 4. Уменьшить время хирургического вмешательства.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы

Слабость стояния на пятках характерна для поражения:

- а) S1 корешка;
- б) L3 корешка;
- в) L4 корешка;
- г) L5 корешка;
- д) L3 корешка.

Ситуационные задачи:

Задача 1.

Больной А.. 36 лет через 12 часов после травмы головы потерял сознание. Был доставлен «скорой» в больницу. При осмотре - состояние тяжелое, PS - 60 уд. в мин, АД /go мм рт. ст., НЬ -130 г/л. Выявлен левосторонний гемипарез.

Вопросы:

I. Ваш диагноз?

1. Какие дополнительные методы исследования можно произвести для уточнения диагноза?

3. Наиболее информативный метод исследования при данной патологии?
4. Лечение данного больного?
5. Основные лечебные мероприятия, направленные на борьбу с отеком мозга?

Ответ:

1. Сдавление мозга внутричерепной гематомой справа.
2. Рентгенография черепа, эхоэнцефалография, спинномозговая пункция, компьютерная томография.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, удаление гематомы, остановка кровотечения.
5. Дегидратационная терапия (препараты: мочевины, маннитол, лазикс, гипертонические растворы).

Задача 2.

Больной обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Что лежит в основе этой патологии?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
3. Чем обусловлено наличие у больного тошноты и рвоты?
4. Где должен лечиться такой больной?
5. Лечение.

Ответ:

1. Сотрясение головного мозга. В основе - обратимое молекулярное смещение нервной ткани, приводящее к нарушению функции коры головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография.
3. Раздражением рвотного центра продолговатого мозга.
4. Больной должен находиться в специализированном нейрохирургическом или неврологическом отделении.
5. Постельный режим, дегидратационная, седативная и анальгезирующая терапия.

Задача 3.

В приемное отделение доставлен машиной скорой помощи пострадавший после падения с высоты 6 метров в состоянии комы. При осмотре: кожные покровы бледные, брадикардия до 60 в 1 минуту, А.Д. 140 и 80 мм. рт. ст., в левой височной области кровоподтек, распространяющийся на

орбитальную область. Отмечается правосторонний гемипарез, снижение кожной чувствительности справа.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо выполнить?
3. Какой из них наиболее информативный?
4. Хирургическая тактика?
5. Факторы, влияющие на исход и какова дегидратационная терапия?

Эталоны ответов:

1. Внутричерепная гематома слева.
2. Рентгенография костей черепа, эхоэнцефалография, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.
5. Объем гематомы и время сдавления головного мозга. В/в лазикс, маннитол, маннит, мочевины, 40% глюкоза с витамином «С».

Задача 4.

Реанимобилем в больницу доставлен пострадавший после автоаварии, случившейся 1 час назад. Уровень сознания – кома, проводится искусственная вентиляция легких. При осмотре нистагм, анизокория, в области обеих глазниц кровоизлияния, из левого уха – ликворрея.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Методы обследования?
3. Куда должен быть помещен пострадавший для лечения?
4. Тактика при выявлении внутричерепной гематомы?
5. Препараты для дегидратационной терапии и путь их введения?

Эталоны ответов:

1. Перелом основания черепа, внутричерепная гематома, сдавление головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. В отделение реанимации.
4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.

Задача 5

В отделение поступил мужчина 40 лет, с жалобами на приступы подергивания правой руки, начавшиеся 6 месяцев назад и повторяющиеся 1-2 раза в месяц. В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались тонико-клонические судороги. После приступа, который длился 2-3 минуты, отмечается слабость в правой кисти, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа. Пациент жалуется на головную боль с рвотой, светобоязнь.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, во времени и пространстве ориентирован. Глазные щели S=D, реакция зрачков на свет сохранена, легкий парез взора вправо, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексы D > S, выявляются патологические рефлексы: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма справа. Чувствительных и координаторных расстройств нет. Намечена ригидность мышц затылка, + симптом Кернига.

На глазном дне - застойные явления.

МРТ - слева в лобной доле определяется опухолевидное образование с четкими контурами, дислоцирующее срединные структуры, сдавливающее передний рог левого бокового желудочка.

1. Поставить клинический диагноз.
2. При каких заболеваниях может встречаться симптоматическая эпилепсия?
3. Дать определение симптоматической эпилепсии (синдрому).
4. Тактика ведения больного.

Ответ:

1. Опухоль левой лобной доли. Симптоматическая эпилепсия.
2. Симптоматическая эпилепсия может быть при: опухолях головного мозга, сосудистых поражениях мозга, травмах головного мозга, аномалиях развития головного мозга, нарушениях питания, отравлениях, метаболических нарушениях, атрофических изменениях в мозге, нейроинфекциях.
3. Симптоматическая эпилепсия (синдром) - эпилептические припадки, сопровождающие активно текущее острое или подострое заболевание головного мозга, а также развивающийся на фоне стойких его последствий. Наряду с припадками выявляются очаговые и общемозговые симптомы нарушения различных отделов ЦНС. В отличие от эпилептической реакции эпилептическому синдрому свойственна повторяемость припадков.
4. Оперативное лечение – трепанация черепа, удаление опухоли, постоперационное ведение больного в ПИТ с назначением противоотечной, антибактериальной, противоэпилептической, сосудистой терапии.

Темы индивидуальных заданий

1. Закрытая и открытая черепно-мозговая травма; непроникающая и проникающая травма; сотрясение головного мозга; ушиб головного мозга, степени тяжести: легкий, средний, тяжелый; сдавление головного мозга, периоды клинического течения, повреждение мягких тканей головы; диффузно-аксональные повреждения; переломы свода и основания черепа; травматические субарахноидальные кровоизлияния, внутричерепные гематомы; внутримозговые гематомы. Клиника, диагностика, лечение
2. Классификация травмы позвоночника и спинного мозга. Распознавание уровня повреждения спинного мозга (распознавание уровня повреждения верхнешейного отдела спинного мозга, симптомокомплекс повреждения нижнешейного отдела спинного мозга, симптомокомплекс повреждения грудного отдела, симптомокомплекс повреждения поясничного утолщения, симптомокомплекс повреждения спинного мозга (III-V крестцовые сегменты), симптомокомплекс повреждения I-V крестцовых нервов). Ранние и поздние осложнения повреждений позвоночника и спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение
3. Травма ПНС. Виды повреждений: закрытые, открытые. Двигательные и чувствительные расстройства, сосудодвигательные нарушения, трофические изменения. Клиника и диагностика повреждений сплетений и нервных стволов. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической и социально-трудовой реабилитации
4. Классификация новообразований головного мозга. Клиника опухолей больших полушарий. Особенности клиники в зависимости от гистологической структуры опухоли. Клиника опухолей задней черепной ямки. Клиника опухолей мосто-мозжечкового угла. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической и социально-трудовой реабилитации.
5. Классификация опухолей спинного мозга и их клиническая характеристика. Субдуральные опухоли: интрамедуллярные, экстрамедуллярные. Клиника опухолей различных уровней поражения. Клинические симптомы поражения спинного мозга по длиннику и поперечнику. Ликвородинамические симптомы.

Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической и социально-трудовой реабилитации.

6. Классификация сосудистых заболеваний спинного мозга. Клиника сосудистых поражений спинного мозга. Дифференциальный диагноз. Специальные методы обследования. Лечение сосудистых заболеваний спинного мозга. МСЭ, методы физической и социальной реабилитации

7. Кровоизлияние в мозг. Симптомы: общемозговые, очаговые. МСЭ и реабилитация. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической реабилитации. Пути социально-трудовой реабилитации.

8. Субарахноидальное кровоизлияние, клиника, диагностика. МСЭ и реабилитация. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической реабилитации. Пути социально-трудовой реабилитации

9. Дегенеративные заболевания позвоночника. Принципы дифференциальной диагностики и консервативного лечения. Рефлекторно-болевые синдромы. Компрессионные синдромы. Стадии грыжеобразования. Принципы дифференциальной диагностики и консервативного лечения. Стеноз позвоночного канала. Показания к оперативному лечению. Медикаментозное лечение. Принципы физиотерапии и санаторно-курортного лечения.

10. Оптохиазмальный арахноидит. Арахноидит задней черепной ямки. Арахноидит с окклюзией отверстий Мажанди и Лушка. Арахноидит с окклюзией Сильвиева водопровода. Арахноидит мостомозжечкового угла. Абсцессы головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.

11. Паразитарные заболевания нервной системы. Диагностика. Интерпретация данных, полученных при современных методах исследования. Послеоперационное течение. Интенсивная терапия. Борьба с осложнениями. МСЭ и реабилитация. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. Пути физической и социально-трудовой реабилитации.

Вопросы для устного собеседования

1. Классификация черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

2. Открытая огнестрельная травма мирного и военного времени.
3. Черепно-мозговая травма при алкогольной интоксикации.
4. Травматические менингиты, менингоэнцефалиты и абсцессы головного мозга.
5. Классификация травмы позвоночника и спинного мозга. Распознавание уровня повреждения спинного мозга
6. Травматические поражения спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
7. Ранние и поздние осложнения повреждений позвоночника и спинного мозга.
8. Виды повреждений периферических нервов. Дегенерация и регенерация нервов. Общая симптоматология. Двигательные и чувствительные расстройства, сосудодвигательные нарушения, трофические изменения.
9. Клиника и диагностика повреждений сплетений и нервных стволов. Принципы терапии. Пути физической и социально-трудовой реабилитации.
10. Классификация новообразований головного мозга. Клиника опухолей больших полушарий. Особенности клиники в зависимости от гистологической структуры опухоли. Диагностика, лечение.
11. Клиника опухолей боковых желудочков, прозрачной перегородки и подкорковых узлов. Менингиомы ольфакторной ямки. Краниоорбитальные менингиомы. Менингиомы крыльев основной кости. Диагностика, лечение.
12. Клиника опухолей задней черепной ямки. Клиника опухолей мосто-мозжечкового угла. Диагностика, лечение.
13. Классификация опухолей спинного мозга и их клиническая характеристика. Субдуральные опухоли: интрамедуллярные, экстрамедуллярные. Клиника опухолей различных уровней поражения.
14. Клинические симптомы поражения спинного мозга по длиннику. Симптомы поражения спинного мозга по поперечнику. Опухоли переднего, заднего, бокового расположения. Ликвородинамические симптомы.

Практические навыки

1. правильно и максимально полно опрашивать больного, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни;
2. проводить полное неврологическое обследование у взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки патологии нервной системы, показания к нейрохирургическому лечению;

3. оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в приемном отделении, нейрохирургическом стационаре, многопрофильном лечебном учреждении);
4. правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования);
5. выявлять основные жалобы, проводить дифференциальную диагностику при нарушениях мозгового кровообращения;
6. проводить обследование и дифференциальную диагностику у пациентов с объёмными образованиями головного, спинного мозга и периферической нервной системы;
7. проводить обследование и определять лечебную тактику при дегенеративных заболеваниях позвоночника;
8. определять основные симптомы при травматическом поражении различных отделов нервной системы;
9. проводить дифференциальную диагностику воспалительных и паразитарных поражений нервной системы с уточнением лечебной тактики;
10. определять объем клинико-лабораторного обследования пациентов с заболеваниями головного и спинного мозга, проводить дифференциальную

диагностику, определять лечебную тактику;

11. проводить полное обследование пациентов с дегенеративными

заболеваниями позвоночника;

12. определить тяжесть и вид нейротравмы, объем и сроки обследования, лечебную тактику при травматических поражениях нервной системы;

13. определять основные симптомы и проводить полное обследование при доброкачественных и злокачественных опухолях периферической нервной системы;

14. определять показания и противопоказания для лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств (люмбальная и субокципитальная пункция, вентрикулярное дренирование, эпидуральные и корешковые блокады).

15. уметь выполнять: люмбальную пункцию, лечебно-медикаментозные блокады.

Знать показания и противопоказания, техники выполнения.

12.1 Фонд оценочных средств по программе «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»

Перечень вопросов для устного собеседования:

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
2.	Техника выполнения люмбальной пункции	УК-1, ОПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7

5.	Аускультация легких взрослого	УК-1, ОПК-7
6.	Исследование ЧМН	УК-1, ОПК-7
7.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	
8.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии	
9.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
10.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
11.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
12.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
13.	Консультирование пациента /законных представителей пациента	УК-1, ОПК-7
14.	Исследование рефлексов	УК-1, ОПК-7
15.	Исследование мозжечковых проб	УК-1, ОПК-7

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

№	Вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
2.	Методика проведения люмбальной пункции	УК-1, ОПК-7
3.	Исследование ЧМН	УК-1, ОПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
5.	Методика консультирования пациента /законных представителей пациента	УК-1, ОПК-7

6.	Методика исследования чувствительности	УК-1, ОПК-7
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
8.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
10.	Методика исследования рефлексов	УК-1, ОПК-7
11.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1, ОПК-7
12.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1, ОПК-7
13.	Методика аускультации легких взрослого.	УК-1, ОПК-7
14.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1, ОПК-7
15.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1, ОПК-7

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>01.1. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы</p> <p>а) верхней прямой б) наружной прямой в) нижней прямой г) нижней косой д) верхней косой</p> <p>01.2. Мидриаз возникает при поражении</p> <p>а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва г) среднего непарного ядра д) ядра медиального продольного пучка</p> <p>01.3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T₁₀ дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента</p> <p>а) T₆ или T₇ б) T₈ или T₉ в) T₉ или T₁₀ г) T₁₀ или T₁₁</p>

д) T₁₁ или T₁₂

01.4. При центральном параличе наблюдается

- а) атрофия мышц
- б) повышение сухожильных рефлексов
- в) нарушение чувствительности по полиневритическому типу
- г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
- д) фибриллярные подергивания

01.5. Хореический гиперкинез возникает при поражении

- а) палеостриатума
- б) неостриатума
- в) медиального бледного шара
- г) латерального бледного шара
- д) мозжечка

01.6. Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии

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

01.7. Волокна глубокой чувствительности для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально
- д) вентромедиально

01.8. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)

- а) в продолговатом мозге
- б) в мосту мозга
- в) в ножках мозга
- г) в зрительном бугре
- д) в мозжечке

01.9. Основным медиатором тормозного действия является

- а) ацетилхолин
- б) ГАМК
- в) норадреналин
- г) адреналин
- д) дофамин

01.10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются

- а) в латеральном ядре бледного шара
- б) в полосатом теле
- в) в медиальном ядре бледного шара
- г) в субталамическом ядре
- д) в мозжечке

01.11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрытии глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия

- а) мозжечковая
- б) сенситивная
- в) вестибулярная
- г) лобная
- д) смешанная

- 01.12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через
- а) красное ядро
 - б) люисово тело
 - в) черное вещество
 - г) полосатое тело
 - д) голубое пятно
- 01.13. Биназальная гемианопсия наступает при поражении
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительной лучистости
 - г) зрительных трактов
 - д) черного вещества
- 01.14. К концентрическому сужению полей зрения приводит сдавление
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) наружного коленчатого тела
 - г) зрительной лучистости
 - д) черного вещества
- 01.15. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
- а) биназальная
 - б) гомонимная
 - в) битемпоральная
 - г) нижнеквадрантная
 - д) верхнеквадрантная
- 01.16. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) зрительной лучистости
 - г) внутренней капсулы
 - д) зрительного нерва
- 01.17. Через верхние ножки мозжечка проходит путь
- а) задний спинно-мозжечковый
 - б) передний спинно-мозжечковый
 - в) лобно-мосто-мозжечковый
 - г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый
 - д) спинно-мозжечковый
- 01.18. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
- а) обонятельного бугорка
 - б) обонятельной луковицы
 - в) височной доли
 - г) теменной доли
 - д) лобной доли
- 01.19. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительных трактов перекреста зрительных нервов
 - г) зрительной лучистости с двух сторон
 - д) лобной доли
- 01.20. Истинное недержание мочи возникает при поражении
- а) парацентральных долек передней центральной извилины
 - б) шейного отдела спинного мозга
 - в) поясничного утолщения спинного мозга
 - г) конского хвоста спинного мозга

д) моста мозга

01.21. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаглокализуется

- а) в верхних отделах моста мозга
- б) в нижних отделах моста мозга
- в) в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
- г) в ножках мозга
- д) в продолговатом мозге

01.22. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании

- а) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
- б) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
- в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
- г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
- д) с полиневритическими расстройствами чувствительности

01.23. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия

- а) динамическая
- б) вестибулярная
- в) статическая
- г) сенситивная
- д) лобная

01.24. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется

- а) в левом мосто-мозжечковом углу
- б) в правом полушарии мозжечка
- в) в мосту мозга слева
- г) в области верхушки пирамиды левой височной кости
- д) в ножке мозга

01.25. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага

- а) в переднем адверсивном поле справа
- б) в верхнем отделе задней центральной извилины справа
- в) в нижнем отделе передней центральной извилины справа
- г) в верхнем отделе передней центральной извилины справа
- д) в нижнем отделе задней центральной извилины справа

01.26. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла

- а) вестибулярного
- б) крылонебного
- в) коленчатого
- г) Гассерова
- д) звездчатого

01.27. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага

- а) в верхних отделах передней центральной извилины слева
- б) в нижних отделах передней центральной извилины слева
- в) в заднем бедре внутренней капсулы
- г) в колене внутренней капсулы
- д) в среднем отделе передней центральной извилины справа

01.28. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинномозговых нервов и шейных сегментов

- а) C₁-C₄
- б) C₂-C₅
- в) C₃-C₆
- г) C₄-C₇

д) C₅-C₈

01.29. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинномозговых нервов

а) C₅-C₈

б) C₅-T₁

в) C₆-C₈

г) C₈-T₂

д) T₁-T₃

01.30. Нервные импульсы генерируются

а) клеточным ядром

б) наружной мембраной

в) аксоном

г) нейрофиламентами

д) дендритами

01.31. Алексия наблюдается при поражении

а) верхней лобной извилины

б) парагиппокампальной извилины

в) таламуса

г) угловой извилины

д) моста мозга

01.32. На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра

а) нежное и клиновидное

б) спинно-мозгового пути тройничного нерва

в) подъязычных нервов

г) лицевого, отводящего нервов

01.33. В состав моста ствола мозга входят

а) красные ядра

б) ядра блокового нерва

в) ядра глазодвигательного нерва

г) ядра отводящего нерва

д) ядра подъязычных нервов

01.34. Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения

а) бледного шара

б) хвостатого ядра

в) красного ядра

г) таламуса

д) черного вещества

01.35. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается

а) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу

б) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами

в) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи

г) спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов

д) нарушением глубокой чувствительности проксимальных отделов ног и задержкой мочи

01.36. Истинный астереогноз обусловлен поражением

а) лобной доли

б) височной доли

в) теменной доли

г) затылочной доли

д) мозжечка

01.37. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении

а) наружных отделов зрительного перекреста

б) язычной извилины

- в) глубинных отделов теменной доли
- г) первичных зрительных центров в таламусе
- д) зрительного нерва

01.38. Астереогноз возникает при поражении

- а) язычной извилины теменной доли
- б) верхней височной извилины
- в) нижней лобной извилины
- г) верхней теменной доли
- д) мозжечка

01.39. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга

- а) С₃-С₄
- б) С₅-С₆
- в) С₇-С₈
- г) С₈-Т₁
- д) Т₁-Т₂

01.40. Ассоциативные волокна связывают

- а) симметричные части обоих полушарий
- б) несимметричные части обоих полушарий
- в) кору со зрительным бугром и нижележащими отделами (центробежные и центростремительные пути)
- г) различные участки коры одного и того же полушария
- д) ножки мозга

01.41. Больной со зрительной агнозией

- а) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
- б) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
- в) не видит предметы по периферии полей зрения
- г) видит предметы, но не узнает их
- д) плохо видит окружающие предметы и не узнает их

01.42. Больной с моторной афазией

- а) понимает обращенную речь, но не может говорить
- б) не понимает обращенную речь и не может говорить
- в) может говорить, но не понимает обращенную речь
- г) может говорить, но речь скандированная
- д) может говорить, но не помнит названия предметов

01.43. Больной с сенсорной афазией

- а) не может говорить и не понимает обращенную речь
- б) понимает обращенную речь, но не может говорить
- в) может говорить, но забывает названия предметов
- г) не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
- д) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

01.44. Амнестическая афазия наблюдается при поражении

- а) лобной доли
- б) теменной доли
- в) стыка лобной и теменной доли
- г) стыка височной и теменной доли
- д) затылочной доли

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

- а) ножек мозга
- б) моста мозга
- в) продолговатого мозга
- г) покрышки среднего мозга
- д) гипоталамуса

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

- а) продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
- б) продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
- в) колена внутренней капсулы слева
- г) заднего бедра внутренней капсулы слева
- д) гипоталамуса

01.47. При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится

- а) в основании ножки мозга
- б) в заднебоковом отделе продолговатого мозга
- в) в области красного ядра
- г) в основании нижней части моста мозга
- д) в гипоталамусе

01.48. Особенности нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении

- а) четверохолмия
- б) продолговатого мозга
- в) гипоталамуса
- г) спинного мозга
- д) периферических нервов

01.49. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие

- а) нижнего вялого пареза
- б) нарушения болевой чувствительности
- в) нарушения функции тазовых органов по центральному типу
- г) сенситивной атаксии нижних конечностей
- д) сохраненной глубокой чувствительности

01.50. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов

- а) кортикоспинальных
- б) кортиконуклеарных
- в) лобно-мосто-мозжечковых
- г) руброспинальных
- д) спинно-мозжечковых

051. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении

- а) теменной доли
- б) височной доли
- в) лобной доли
- г) затылочной доли
- д) гипоталамуса

52. Общая теория функциональных систем включает следующие положения:

- а) Иерархия функциональных систем;
- б) Саморегуляция общий принцип организации функциональных систем;
- в) Наличие обратных связей;
- г) **Всё перечисленное верно**
- д) Многосвязное взаимодействие различных функциональных систем по конечным результатам;

53. Уровень C1-C2 двигательного позвоночного сегмента соответствует:

- а) Нижнему краю щитовидного хряща;
- б) Мочке уха;
- в) Середине расстояния между углом нижней челюсти и верхним краем щитовидного хряща;
- г) Углу нижней челюсти;**
- д) Наружному слуховому проходу.

54. Кровоснабжение переднего рога, серой спайки, основания заднего рога и прилегающих к ним участков-передних боковых канатиков осуществляется:

- а) Перимедулярной капиллярной сетью;
- б) Из передних радикуло-медулярных артерий;**
- в) Из боковых радикуло-медулярных артерий;
- г) Из задних радикуло-медулярных артерий;
- д) Все перечисленное.

55. Количество позвоночно-двигательных сегментов составляет:

- а) 21;
- б) 20;
- в) 23;**
- г) 22;
- д) 24.

56. Тормозным действием обладает:

- а) Альфа-мотонейрон;**
- б) Нейрон спинномозгового ганглия
- в) Клетка Реншоу;
- г) Гамма-мотонейрон.
- д) Клетка Беца;

57. Основными составляющими студенистого ядра является:

- а) фибробласты;
- б) коллагеновые волокна;
- в) хондроциты;
- г) Основное вещество.
- д) Всё перечисленное ниже верно;**

58. Сосцевидный отросток находится на верхних суставных отростках поясничных позвонков:

- а) На втором;
- б) На четвертом;
- в) На первом;
- г) На третьем;
- д) На всех перечисленных.**

59. В норме таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси:

- а) **35-50 градусов;**
- б) 25 - 30 градусов.
- в) 15-30 градусов;
- г) 20 -25 градусов;
- д) 50 - 70 градусов;

60. Студенистое ядро в шейном отделе позвоночника находится:

- а) Может находиться ближе кпереди и кзади;
- б) **В центре;**
- в) Ближе кзади;
- г) Ближе кпереди;
- д) Всё перечисленное.

61. Лимбическая система:

- а) Участвует в формировании эмоций;
- б) Осуществляет температурную регуляцию;
- в) Регулирует цикл сон-бодрствование;
- г) **Участвует в формировании мотиваций;**
- д) Всё перечисленное верно.

62. Венозный отток в позвоночнике осуществляется:

- а) 4-мя продольными венами;
- б) 6-ю продольными венами;
- в) 8-ю продольными венами;
- г) 5-ю продольными венами;
- д) **Все перечисленное.**

63. Спинной мозг в позвоночном канале заканчивается на уровне:

- а) L2-L3;
- б) **L1-L2;**
- в) L3-L4;
- г) L4-L5;
- д) L5-S1.

64. Особенностью шейных позвонков от C3 до C7 является наличие:

- а) унковертебральных сочленений;
- б) в сегменте C2-C3 поверхности дугоотростчатых суставов находятся под углом в 70 градусов;
- в) поверхности дугоотростчатых суставов средних и нижних шейных позвонков находятся под углом в 45 градусов по отношению к горизонтальной плоскости;
- г) **всё вышеперечисленное верно.**

65. Критические зоны кровоснабжения спинного мозга находятся:
а) На уровне 7 шейного и 7 —10 грудного позвонков;
б) На уровне 7 шейного, 4-8 грудного и 1 поясничного позвонков;
в) На уровне 2 —3 шейного, 4 грудного и 1 поясничного позвонка;
г) На уровне атлантоокципитального сочленения, 7 грудного и 1 поясничного позвонков;
д) Все перечисленное.

66. Количество воды в живой кости составляет:
а) 50%;
б) 30%;
в) 70%
г) 40%;
д) 60%;

67. Для слабого тормозного типа высшей нервной деятельности характерны:
а) Быстрая адаптация в новых условиях;
б) Трудная адаптация к новым условиям;
в) Быстрая реакция на окружающее;
г) Предпочтение монотонной работы;
д) Правильно В и Г.

68. К связочному аппарату позвоночника относится:
а) Боковая связка;
б) Передняя продольная связка;
в) Желтая связка;
г) Задняя продольная связка;
д) Всё перечисленное.

69. В норме ширина суставной щели коленного сустава составляет:
а) 8-12 мм;
б) 2-4 мм;
в) 4-8 мм;
г) 12-14 мм;
д) Всё перечисленное верно.

70. Эмоциональные расстройства развиваются при патологии:
а) Бледного шара;
б) Лимбических структур и коры мозга;
в) Мозжечка;
г) Спинного мозга;
д) При всех перечисленных.

71. В норме ширина суставной щели тазобедренного сустава составляет:

- а) 2-4 мм;
- б) 8-12 мм;
- в) 4-5 мм;**
- г) 12-14 мм;
- д) Всё перечисленное верно

72. Каждая серая соединительная ветвь пограничного ствола симпатической нервной системы содержит:

- а) Безмякотные нервные волокна;**
- б) Мякотные нервные волокна;
- в) Мякотные и безмякотные нервные волокна;
- г) Преганглионарные нервные волокна;
- д) Все перечисленное.

73. По полной реберной ямке имеется на следующих грудных позвонках:

- а) На 11 и 12;
- б) На 2;
- в) На 9 и 10;**
- г) На 4 и 5;
- д) На всех перечисленных.

74. Вегетативная нервная система обеспечивает:

- а) Трофотропную функцию;
- б) Интеграцию трофотропной и эрготропной функций
- в) Эрготропную функцию;
- г) Всё перечисленное верно.**

75. Суставные отростки в поясничном отделе позвоночника расположены:

- а) Фронтально**
- б) Горизонтально;
- в) Сагитально;
- г) Вертикально;
- д) Все перечисленное.

76. Особенности лимфокапилляров являются:

- а) Боковые выпячивания;
- б) Большой диаметр (от 0,01 до 0,2 мм);
- в) Отсутствие мышечной стенки;
- г) Неровный контур стенки;
- д) Всё перечисленное верно.**

77. Артерия Адамкевича — это:

- а) **Передняя спинальная артерия;**
- б) Корешково-спинальная артерия шейного утолщения;
- в) Межреберная артерия;
- г) Корешково-спинальная артерия поясничного утолщения;
- д) Задняя спинальная артерия.

78. К типам высшей нервной деятельности (по И. П. Павлову) относятся:

- а) Тормозной сильный;
- б) **Возбудимый слабый;**
- в) Тормозной слабый;
- г) Возбудимый сильный;
- д) Все перечисленные.

79. Суставные поверхности в среднем и нижнем шейном отделах позвоночника образуют с телом позвонка по отношению к горизонтали:

- а) Угол 60 градусов;
- б) Угол 30 градусов;
- в) **Угол 48 градусов;**
- г) Угол 90 градусов;
- д) Все перечисленное.

80. Возбуждающим действием на нейроны обладают:

- а) Пируватдегидрогеназа;
- б) Глутамин;
- в) **Гаммааминомасляная кислота;**
- г) Аспартат.
- д) Серотонин;

81. В венах спинного мозга:

- а) Клапаны имеют двухстворчатую форму;
- б) Клапаны имеют полулунную форму;
- в) Клапаны имеют трехстворчатую форму;
- г) **Нет венозных клапанов;**
- д) Клапаны имеют четырехстворчатую форму.

82. Высокий ассимилированный таз имеет наклон диска L5-S1 по отношению к горизонтальной оси:

- а) 50-70 градусов;
- б) **35-50 градусов;**
- в) 15-30 градусов;
- г) 25 — 30 градусов.

д) 20 —25 градусов;

83. Шейная часть симпатического нервного ствола располагается:

а) На поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы шеи;

б) На поверхности длинной мышцы шеи;

в) Позади сосудисто-нервного пучка шеи на поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы шеи;

г) Позади сосудисто-нервного пучка шеи;

д) Все перечисленное.

84. Наибольшее физиологическое сужение позвоночного канала располагается на уровне:

а) С2;

б) С6;

в) С3;

г) С7.

д) С4;

85. Лимфатические капилляры отсутствуют в:

а) Головном и спинном мозге;

б) Селезёнке;

в) Дерме;

г) Лёгких.

д) Печени;

86. Артерия Адамкевича входит в позвоночный канал чаще:

а) Слева;

б) Посредине;

в) Сзади;

г) Справа;

д) Все перечисленное верно.

87. Экстрапирамидная система включает:

а) Чёрную субстанцию;

б) Голубое пятно;

в) Мозжечок;

г) Красные ядра;

д) Всё перечисленное верно.

88. Ветви поясничного сплетения иннервируют

а) Грушевидную мышцу;

б) Подвздошную мышцу;

в) Кожа медиальной поверхности и внутреннюю капсулу коленного сустава;

г) Большую и малую поясничную мышцу;

д) Верно А,Б,В.

89. Венозный отток спинного мозга осуществляется:

- а) 5 продольными венами;
- б) 4 продольными венами;
- в) 6 продольными венами;
- г) 3 продольными венами;
- д) Все перечисленное.**

90. Наружная запирающая мышца:

- а) Выпрямляет бедро;
- б) Поворачивает бедро кнаружи;**
- в) Сгибает бедро;
- г) Поворачивает бедро кнутри;
- д) Отводит бедро.

91. Межпозвоночные диски:

- а) Не имеют кровеносных сосудов;**
- б) Кровоснабжаются из передних и задних радикуло-медулярных артерий;
- в) Кровоснабжаются из задних радикуло-медулярных артерий;
- г) Кровоснабжаются из перимедулярной капиллярной сети;
- д) Все перечисленное.

92. Горизонтальный таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси:

- а) 35-50 градусов;
- б) 20 -25 градусов;
- в) 50-70 градусов;**
- г) 15-30 градусов;
- д) 25 - 30 градусов.

93. В норме ширина позвоночного канала, на шейном уровне составляет:

- а) от 8 мм до 12мм;
- б) от 14 мм и больше;
- в) от 6 мм до 8 мм;
- г) от 10 мм до 12мм;**
- д) Всё перечисленное верно.

94. Позвонки сочленяются друг с другом с помощью соединений:

- а) Синостозов
- б) Хрящевых;
- в) Истинных суставов;
- г) Соединительнотканых;

д) **Всё перечисленное верно.**

95. Выстояние зуба С2 выше линии Чемберлена в норме возможно на:

а) **4 мм;**

б) 8 мм;

в) 6 мм;

г) всё выше перечисленное верно.

96. Суставные отростки в грудном отделе позвоночника расположены:

а) **Фронтально;**

б) Горизонтально;

в) Вертикально;

г) Сагитально;

д) Все перечисленное.

97. Количество позвонков у человека составляет:

а) 3030;

б) **33-34;**

в) 31;

г) 35.

д) 32;

98. Мышечные ветви плечевого сплетения иннервируют:

а) Подключичную мышцу;

б) Длинную мышцу шеи;

в) Большую грудную мышцу;

г) Переднюю лестничную мышцу;

д) **Всё перечисленное верно.**

99. В поясничной области межпозвонковые диски составляют:

а) 1/5 длины;

б) 1/4 длины;

в) 1/3 длины;

г) **1/10 длины.**

д) 1/2 длины;

100. Крестцово-подвздошные межкостные связки:

а) **Прикрепляются своими концами к подвздошной и крестцовой бугристостям;**

б) К затылочной поверхности крестца в области 17 крестцового позвонка;

в) К латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 2 — 3 крестцовых отверстий;

- | |
|--|
| г) К латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 1-3 крестцовых отверстий;
д) Все перечисленное. |
|--|

Банк ситуационных клинических задач

Ситуационная задача 1

Больной М. обратился с жалобами на боли в правой нижней конечности тянущего характера локализующаяся, по заднее - боковой части ноги, усиливающаяся при ходьбе.

При остеопатическом осмотре: ЗВПО без особенностей, тест Аиста в норме, ПВПО в норме, Даунинга тест в норме, тесты на связки отрицательные. Активные движения в ПОП в полном объеме.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 2

Больной Б. обратился с жалобами на боли в надлопаточной области с иррадиацией в задне- наружную часть правой руки.

Боль усиливается в свисшем положении правой руки. Боль появилась после переохлаждения. При объективном осмотре. Активные движения в шейном отделе: отмечается ограничение латерофлексий и ротаций влево которое усиливает боль. При осмотре плечевого сустава нарушение паттерна движения нет.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 3

Больной обратился с жалобами на глубокую интенсивную боль передней поверхности плеча слева, с иррадиацией в дистальный отдел левой верхней конечности. При остеопатическом осмотре: Движение в ШОП в полном объёме.

При осмотре плечевого сустава слева: нарушения паттерна движения нет. При тесте на резистивные движения отмечается болезненность при наружной ротации.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 4

Больной Ж.. обратился с жалобами на боли в правом плечевом суставе, иррадиирующая в заднюю поверхность плеча далее в предплечье, преимущественно по задней поверхности в кисти тыльную поверхность третьего пальца. При остеопатическом осмотре: паттерн движения в плечевом суставе не нарушен. При осмотре резистивных движений: плечо болезненно в отведении

Ваш предварительный диагноз:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 5

Больной М. обратился с жалобами на боль в передней поверхности грудной клетки справа, иррадиирующая в переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти. При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических дисфункций не отмечаться, в плечевом суставе паттерн движения не нарушен. При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-сагитальном направлении в правую сторону.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 6

Больной А. обратился с жалобами на головные боли гемикранического типа, боль локализуется в теменной части головы слева. Отмечается чувство онемения и чувство ползания мурашек. При остеопатическом осмотре: дисфункций в ШОП не наблюдается

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 7

Больной В. обратился с жалобами на головокружение провоцирующиеся изменением положения тела, обморочные состояния. На незначительные боли, локализующиеся в лицевой части черепа слева.

При остеопатическом осмотре: При визуальном осмотре без особенностей. Активные ротационные движения ШОП вправо провоцируют появление резкого головокружения.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 8

Больной К. обратился с жалобами на боли в передней поверхности грудной клетки справа.

При остеопатическом осмотре: выявлено, анатомически короткая нога, пальпация большой грудной мышцы справа болезненна.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 9

Больная Е. обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области, на тошноту и постоянную отрыжку.

При остеопатическом осмотре: выявлено спазм кардиальной

части желудка, болезненность сфинктера Одди, болезненность гастродуоденального сфинктера, дисфункция связок печени и болезненность илео-цекального сфинктера.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 10

Больная П. обратилась с жалобами на недержание мочи, постоянную отрыжку. Страдает в течений 1 года, ни с чем не связывает. Инструментальные методы обследования патологий не выявлено.

Остеопатический осмотр: выявлено спазм кардиальной части желудка и слабость мышц тазовой диафрагмы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 11

Больной Б. 54года. Обратилась с жалобами на не прекращающиеся интенсивные боли преимущественно в ночное время в области нижнегрудного отдела позвоночника нарастающие в течение месяца.

Объективно ограничение движения позвоночника во всех направлениях. Выраженный двухсторонний дефанс. Тесты на красные флажки положительные.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 12

Больной С. Обратился с жалобами на боли в ПОП справа. Боль локализованная, тупая, распирающего характера. Заболел остро на следующий день после тяжёлой физической нагрузки. Связывает с подъемом тяжести. Болен, в течение, одного

месяца. Отмечает наличие лихорадки.

Объективно: больной апатичен, бледен, субфебрильная температура, активные движения ограничены в латерофлексии влево, остальные тесты в норме. Синдром поколачивания слабо положителен, анализы мочи в норме.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 13

Больной Б. 28 года. Обратился с жалобами на ноющие боли в стопах по внутренней стороне возникающие при осевой нагрузке и исчезающие вне таковой. Впервые боли возникли после тренировки в кедах и возрастали при постуральных стрессах. При обследовании: справа симптом опережения, нога короткая, тест Даунинга на укорочение положителен. АД и ПД в ПОП безболезненны и не ограничены. Пальпация пяточно-таранной связки болезненно (преимущественно в месте прикрепления резко болезненно). На рентгенографии стопы отмечается пяточная шпора.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 14

Больной М. обратился с жалобами на передней поверхности грудной клетки справа, иррадирующая в переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти, При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических дисфункций не отмечаться, в плечевом суставе паттерн движения не нарушен. При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-саггитальном направлении в правую сторону.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 15

Больной Д. 23 года обратился за консультацией к остеопату. На момент обследования жалоб не предъявляет. В прошлом описывает эпизод болей в спине на уровне грудо-поясничного перехода появившихся после перегрузки на тренировке. При обследовании в области ГПП отмечается позиционное флексионное изменение. Общее прослушивание и тесты на висцеральные дисфункции указывают на спазм кардиального отдела желудка.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 16

Больная В. 21 год. Обратилась с жалобами на сильные локальные боли в поясничном отделе позвоночника. Боль отсутствует в ночное время и начинает беспокоить только утром во время умывания. В течение дня боль усиливается и к 5-6 часам становится невыносимой. И в этот момент больная вынуждена лечь. Ухудшение от длительного сидения за рабочим столом, отмечает уменьшение боли при лежании. Болеет в течений 2-ух лет. Боль прогрессирует постоянно

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 17

Пациент К. 19 лет, занимается верховой ездой. Обратился с жалобами: на чувство тяжести в груди, ломящая, сверлящая и ноющая боль межлопаточной области. При пальпации болезненность паравертебральных точек, а также отмечается болезненность рёберно-позвоночных суставов. Боль усиливается при наклоне во фронтальной плоскости(F), длительном лежании на спине, езде по тряской

дороге. Данная боль не снимается коронаролитиками.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 18

Больной Г. жалуется на шум в обоих ушах, усиливающийся в ночное время. Боли по типу шапки кардинала. Шум в правом ухе связывает с контузионной травмой полученной в молодости. Шум в левом ухе появился около года назад, без явной причины. Позиционно: голова ротирована вправо и латерофлексируется влево. При осмотре: активные движения в ШОП: ограничена LF влево, R влево сопровождается экстензией. При пассивных движениях определяется отсутствие суставной игры в C0-C1 справа в открытии, слева в закрытии, Полисегментарные функциональные блокады слева.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 19

Больной М жалуется на сильные боли области всей левой верхней конечности и надплечье слева. Заболел после переохлаждения. При осмотре определяется анталгическое положение левой верхней конечности.

При остеопатическом осмотре: Активные и пассивные движения болезненные, отмечается нарушение паттерна движения, обусловленное болью. При пальпации паравертебрально слева в области проекции Th1 Th3 определяется резкая болезненность с иррадиацией в левую верхнюю конечность.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 20

Больной П. жалуется на боли в области правой ягодицы с иррадиацией по боковой стороне нижней конечности. Болеет в течении 1 месяца. Выше перечисленные жалобы появляются в ночное время перед сном в положении лежа, днем пациентка расхаживается и боль исчезает. Тест Аиста отрицательный. Тест Даунинга отрицательный. В положении лёжа на спине во всех ПДС суставная игра определяется. При пальпации ягодицы определяется резкая болезненность в проекции средней ягодичной мышцы с иррадиацией по боковой стороне правой нижней конечности.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 21

Больной П. жалуется на боли в области поясницы и левого коленного сустава. Болеет в течении 3-х лет. Впервые боли появились в области коленного сустава (после неудачного приземления). Боли периодически появлялись и исчезали. В течении текущего года появились постоянные боли в области левого колена и затем присоединились боли в области поясницы. При обследовании поясницы активные движения без болезненные, без ограничений. Спайн тест отрицательный. При обследовании левого коленного сустава определяется резкая болезненность, с латеральной и медиальных сторон сустава. Активные движения коленного сустава в экстензии ограничены 200-250 , во флексии 250-300 пассивные движения коленного сустава ограничены незначительно, но резко болезненны в крайних положениях

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 22

Больной П. жалуется на боли в области левого плечевого сустава по передней стороне. Боль возникла при попытке удержаться за верхний поручень во время резкого торможения автобуса. Активные движения левой верхней конечности ограничены из-за болевого синдрома. Отмечается резкая болезненность при отведении на 60°. При пальпации определяется резкая болезненность ключичной части большой грудной мышцы. Болезненно резистивное сгибание с пронацией в локтевом суставе справа.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 23

. Больной П. жалуется на боли, онемение и слабость в области правой стопы. Заболел остро. Боли появились после грубой манипуляции на поясничном отделе позвоночника.

Объективно: Спайн тест отрицательный. Тест Даунинга с обеих сторон отрицательный. Лёжа на спине во всех ПДС суставная игра определяется. При пальпации в области крестца определяется резкая болезненность в проекции подвздошно-поясничной связки справа, с иррадиацией в правую нижнюю конечность.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
1	Экстренная медицинская помощь	9
2	Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых	21
3	Сбор жалоб и анамнеза	6
4	Физикальное обследование пациента (оценка неврологического статуса)	9
5	Люмбальная пункция	9

Вопросы и задания для самоконтроля:

1) Экстренная медицинская помощь: осуществить оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной формах в соответствии с профессиональными стандартами :

1. Острый коронарный синдром (ОКС1), кардиогенный шок
2. Острый коронарный синдром (ОКС2), отёк легких
3. Анафилактический шок (АШ)
4. Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК)
5. Бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы (БОС)
6. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)
7. Спонтанный пневмоторакс (Обструктивный шок)
8. Гипогликемия
9. Гипергликемия
10. ОНМК

2) Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых:

продемонстрировать умения на своем рабочем месте оказывать помощь пациенту без признаков жизни, выполнять мероприятия базовой сердечно – легочной реанимации, в том числе с использованием автоматического наружного дефибриллятора (АНД), находящегося в доступности при следующих острых состояниях:

1. Остановка кровообращения у пациента в условиях амбулаторно - поликлинической практики (городская поликлиника и т.д.) / в помещении аптеки при отсутствии АНД в зоне доступности.

2. Остановка кровообращения у пациента с сердечным ритмом, подлежащим дефибрилляции, в условиях амбулаторно-поликлинической практики (городская поликлиника и т.д.) / в помещении аптеки при наличии АНД.
3. Остановка кровообращения у пациента с сердечным ритмом, не подлежащим дефибрилляции, в условиях амбулаторно-поликлинической практики (городская поликлиника и т.д.) / в помещении аптеки при наличии АНД.
4. Остановка кровообращения у пациента в условиях амбулаторно - поликлинической практики (городская поликлиника и т.д.) / в помещении аптеки при наличии неисправного АНД.

3) Демонстрация аккредитуемым лицом навыков пациент-ориентированного общения с целью разъяснения пациенту необходимой информации и создания условий его приверженности назначениям врача в соответствии с профессиональными стандартами:

1. Эмпатия как системное качество личности медицинских работников.
2. Навыки эффективного общения врача с пациентом при оказании медицинской помощи.
3. Методика проведения разъяснения назначений и предстоящего лечения (его законного представителя),
4. Анализ полученной информации

4) Физикальное обследование пациента (оценка неврологического статуса)

Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза пошагово:

1. Установка контакта с пациентом
2. Идентификация пациента
3. Получение информированного добровольного согласия пациента
4. Обработка руки гигиеническим способом
5. Оценка менингеальных знаков
6. Ригидность затылочных мышц
7. Попросить пациента лечь на спину, завести руки под затылок пациента, пассивно согнуть голову пациента, приближая его подбородок к груди (симптом положительный при невозможности приведения подбородка к груди)
8. Оценить напряжение задних шейных мышц и насколько пальцев подбородок не достаёт до грудины
9. Симптом Брудзинского верхний - при оценке ригидности затылочных мышц одновременно оценить положение ног (симптом положительный, если при попытке согнуть голову пациента вместе с головой происходит произвольное сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах и подтягивание их к животу)

10. Симптом Кернига - согнуть ногу пациента под углом 90° в тазобедренном и коленном суставах Попытаться разогнуть ногу пациента в коленном суставе (симптом положительный, если попытка разогнуть ногу оказывается невозможной в связи с рефлекторным повышением тонуса мышц)
11. Симптом Брудзинского средний - оказать давление ребром или основанием ладони на лонное сочленение пациента (симптом положительный, если ноги пациента непроизвольно сгибаются в коленных и тазобедренных суставах и приводятся к туловищу)
12. Симптом Брудзинского нижний - Согнуть ногу пациента под углом 90° в тазобедренном и коленном суставах. Попытаться разогнуть ногу пациента в коленном суставе (симптом положительный, если непроизвольно сгибается другая нога)
13. Скуловой симптом Бехтерева Постучать по скуловой кости (при положительном симптоме наблюдается блефароспазм)
14. I пара черепных нервов Оценка обоняния Спросить, различает ли пациент разные запахи Попросить пациента закрыть глаза и определить запах вещества (кофе, ваниль) Попросить пациента зажать указательным пальцем руки правую ноздрю и поднести к левой вещество. Спросить, что это за вещество. Попросить пациента зажать указательным пальцем руки левую ноздрю и поднести к правой вещество. Спросить, что это за вещество
15. II пара черепных нервов Оценка полей зрения. Попросить пациента сесть на стул Сесть напротив пациента Попросить пациента закрыть правый глаз ладонью, левым. Зафиксировать взор на неподвижном предмете, расположенном по центру (переносица врача, палец, карандаш и т.п.) Расположить молоточек за границей зрения (за головой) слева. и аккуратно вести его по дуге к центру поля зрения. Попросить пациента сообщить, когда молоточек появится в поле зрения. Повторить действия, расположив молоточек справа, снизу и сверху. Оценить сужение соответствующего поля зрения ориентировочно в градусах. Повторить для правого глаза.
16. III, IV, VI пары черепных нервов Объем движения глазных яблок. Попросить пациента смотреть перед собой Расположить неврологический молоточек на уровне глаз пациента, на расстоянии 1 метра от его лица Попросить пациента зафиксировать взгляд на молоточке и следить за ним только глазами (не поворачивая головы). Медленно передвигать молоточек по горизонтальной линии влево, вправо, вверх и вниз Проследить за движениями глазных яблок пациента. Спросить, не появляется ли двоение при взгляде в ту или иную сторону.
17. Конвергенция и дивергенция. Попросить пациента смотреть перед собой Расположить неврологический молоточек на уровне глаз пациента, на расстоянии 1 метра от его лица. Попросить пациента зафиксировать взгляд на молоточке и следить за ним. Медленно передвигать молоточек по направлению к переносице пациента Повторить эти действия, но передвигая молоточек от пациента.
18. Реакция зрачка на свет. Попросить пациента смотреть вдаль. Включить карманный фонарик. Включенный фонарик поднести к глазу сбоку с височной стороны сначала к правому, затем к левому. Оценить реакцию. Повторить действия и оценить содружественную реакцию неосвещаемого зрачка.
19. V пара черепных нервов. Оценка болевой чувствительности. Взять зубочистку. Синхронно прикоснуться к симметричным точкам в области лба (первая ветвь), щеки (вторая ветвь), подбородка (третья ветвь). При прикосновении задать вопрос, как пациент чувствует укол (остро, тупо, не чувствует); одинаково ли чувствует с двух сторон? Проверить чувствительность по зонам Зельдера от уха к носу с 2-сторон
20. Корнеальный рефлекс. Взять тонкий клочок ваты. Попросить пациента посмотреть на потолок. Слегка прикоснуться ваткой к роговице с нижне-наружной стороны. Отмечаем реакцию

(мигание). Повторить то же самое со вторым глазом. Оценить симметричность.

21. Сила жевательных мышц. Попросить пациента сильно стиснуть зубы. Пропальпировать *m. masseter* с обеих сторон. Затем пробовать разжать стиснутые челюсти пациента

22. Нижнечелюстной рефлекс. Попросить пациента расслабить мышцы лица и слегка приоткрыть рот. Положить свой палец на подбородок пациента. Нанести легкие удары неврологическим молотком сверху вниз по дистальной фаланге пальца сначала с одной стороны нижней челюсти, затем с другой

23. VII пара черепных нервов Симметричность лица. Оценить симметричность лица в покое и при спонтанной мимике (во время разговора)

24. Сила мимических мышц. Последовательно оценить силу мимических мышц с двух сторон:

m. frontalis - попросить пациента наморщить лоб

m. orbicularis oculi - попросить пациента крепко зажмурить глаза

m. buccinator - попросить пациента надуть щеки

m. risorius и *m. zygomaticus major* - попросить пациента улыбнуться, показать зубы

m. orbicularis oris – попросить пациента сжать губы и не дать их разжать

Попросить пациента набрать в рот воздух и надуть щеки.

25. VIII пара черепных нервов. Шепотная речь. Встать на расстоянии 6 метров от пациента. Попросить пациента повернуться к Вам одной стороной и закрыть противоположное ухо. Шепотом произнести двузначные числа. Попросить пациента повторить произнесенные числа. Повторить то же самое с другой стороны Подойти на 1 м ближе, если пациент не услышал число с расстояния 6 м

26. IX и X пары черепных нервов - Попросить пациента произнести высокие звуки, например, «и-и-и». Попросить пациента произнести гортанные звуки, например, «га-га-га»

27. Оценка состояния мягкого неба. Мягкое небо симметрично удовлетворительно подвижно при фонации

28. Небный рефлекс. Попросить пациента широко открыть рот Деревянным шпателем осторожно прикоснуться к слизистой оболочке мягкого неба по очереди с двух сторон (нормальный ответ заключается в подтягивании небной занавески вверх)

29. Глоточный рефлекс. Попросить пациента широко открыть рот. Прикоснуться деревянным шпателем к задней стенке глотки справа и слева (в норме прикосновение вызывает глотательные, иногда рвотные движения)

30. XI пара черепных нервов. Сила в грудиноключичнососцевидной мышце. Попросить пациента форсированно повернуть голову в сторону. и немного вверх, оказывая противодействие этому движению давлением на нижнюю челюсть пациента. Повторить то же самое с противоположной стороны

31. Сила в трапециевидной мышце. Попросить пациента пожать плечами, оказывая сопротивление этому движению. Допустимо исследовать одновременно с двух сторон, сравнить справа и слева.

32. XII пара черепных нервов - Оценить наличие дизартрии. Попросить пациента произнести фразу содержащую звуки «р» (например, триста тридцать три)

33. Сила мышц языка. Попросить пациента высунуть язык. Осмотреть его и оценить наличие атрофий и фасцикуляций. Попросить пациента выполнить быстрые движения языком из стороны

в сторону

34. Рефлексы орального автоматизма. Р. Маринеску-Радовичи. Расположить руку пациента ладонью вверх и нанести штриховое раздражение рукояткой молоточка по коже ладони над возвышением большого пальца, наблюдая за подбородком (патологическая реакция заключается в подтягивании кверху кожи подбородка) Оценить поочередно в правой и левой руке.

35. Хватательный рефлекс - Нанести штриховое раздражение рукояткой молоточка по коже ладони у основания пальцев (над пястно-фаланговыми суставами) или прикоснуться к ней рукояткой молоточка (патологическая реакция заключается в непроизвольном схватывании предмета). Оценить поочередно в правой и левой руке.

36. Оценка произвольных движений, тонуса, нормальных и патологических рефлексов. Верхняя проба Барре. Попросить пациента вытянуть руки перед собой, ладони вверх. Попросить пациента закрыть глаза. Попросить удерживать руки в заданном положении (в норме руки должны держаться прямо, горизонтально, их отклонения симметричны – отрицательная проба; при положительной пробе - выраженная пронация, опускание одной руки полностью или ее сгибание в локте)

37. Нижняя проба Барре. Попросить пациента лечь на кушетку. Попросить пациента поднять обе ноги, полностью выпрямленные в коленях на угол 45°; модификация Мингаццини пациент лежит на животе голени согнуты на 45°. Попросить пациента закрыть глаза Попросить удержать ноги в заданном положении (в норме удержание более 10 секунд – отрицательная проба; положительная проба - опускание одной ноги или сгибание ее в колене)

38. Оценка мышечной силы в баллах:

0 баллов - полный паралич (плегия): отсутствие движений,

1 балл - тяжелый парез: имеются минимальные движение мелких мышц заметные на глаз;

2 балла - выраженный парез: сила конечности меньше веса конечности, возможны движения при снятии веса или снижение объема движений до 50%;

3 балла - умеренный парез, сила конечности равна весу конечности, но не преодолевает дополнительного легкого сопротивления, объем движений 100%;

4 балла - легкий парез: объем движений полный, имеется сопротивление при дополнительном воздействии оценивающего, но выявляется снижение силы в виде уступчивости;

5 баллов - норма, сила мышц обычная для исследуемого.

39. Сила в сгибателях и разгибателях плечевого сустава. Попросить пациента сесть на стул. Попросить пациента поднимать прямую руку перед собой. Оказать сопротивление движению пациента, пытаясь опустить руку Оказать сопротивление движению пациента, пытаясь поднять руку. Допустимо оценивать одновременно в правой и левой руке

40. Сила в сгибателях и разгибателях локтевого сустава. Попросить пациента сгибать руку в локтевом суставе (при этом предплечье находится в супинированном положении). Оказать сопротивление движению пациента, пытаясь разогнуть локоть

41. Попросить пациента разгибать руку в локтевом суставе (при этом предплечье находится в супинированном положении). Оказать сопротивление движению пациента, пытаясь согнуть локоть. Допустимо оценивать одновременно в правой и левой руке

42. Сила в пальцах кисти. Попросить пациента разгибать кисть. Другой рукой оказать

сопротивление, пытаясь ее согнуть. Попросить пациента сгибать кисть Другой рукой оказать сопротивление, пытаясь ее разогнуть. Оценить поочередно в правой и левой руке. Попросить пациента пожать ваши пальцы рук. Попросить пациента поочередно сделать колечки с первым и вторым пальцем кисти и т.д. до мизинца. Попытаться разомкнуть их указательным пальцем. Допустимо оценивать одновременно в правой и левой руке

43. Сила в сгибателях и разгибателях тазобедренного сустава. Попросить пациента лечь на спину. Попросить пациента поднять выпрямленную ногу и удерживать ее в таком положении, преодолевая давление вниз ладони врача, упирающейся в область бедра больного. Затем попросить пациента удерживать ногу при обратном движении. Оценить поочередно в правой и левой ноге

44. Сила в сгибателях и разгибателях коленного сустава. Попросить пациента согнуть ногу в тазобедренном и коленном суставах, а затем разогнуть ногу, подняв голень. Одновременно подвести свою руку под колено пациента, придерживая его бедро в полусогнутом положении. Свободной рукой оказать давление на голень по направлению книзу, препятствуя ее разгибанию. Попросить пациента согнутую в тазобедренном и коленном суставах ногу плотно прижать стопой к кушетке. Попытаться выпрямить ногу пациента, предварительно дав ему задание не отрывать стопу от кушетки

45. Сила в сгибателях и разгибателях голеностопного сустава. Попросить пациента свободно положить ноги на кушетку. Попросить пациента тянуть стопы на себя, одновременно оказывая сопротивление. Попросить пациента потянуть стопы от себя, одновременно оказывая сопротивление. Допустимо оценивать одновременно в правой и левой ноге

46. Мышечный тонус в верхних конечностях. Попросить пациента расслабиться. Придержать согнутую в локте руку за область локтевого сустава. Второй рукой совершить плавные пассивные движения в локтевом суставе (согнуть/разогнуть руку). Совершить плавную пассивную супинацию и пронацию предплечья. Удерживать руку за предплечье. Второй рукой совершить плавное пассивное сгибание и разгибание в лучезапястном суставе. Совершить сгибание и разгибание пальцев. Попросить пациента сгибать руку в локтевом суставе (при этом предплечье находится в супинированном положении). Оказать сопротивление движению пациента, пытаясь разогнуть локоть. Попросить пациента разгибать руку в локтевом суставе (при этом предплечье находится в супинированном положении). Оказать сопротивление движению пациента, пытаясь согнуть локоть

47. Мышечный тонус в нижних конечностях. Уложить руку под колено пациента и внезапно немного приподнять бедро над плоскостью постели и наблюдать, продолжает ли при этом стопа касаться постели либо она полностью отрывается от нее (последнее указывает на патологическое повышение мышечного тонуса (при нормальном или сниженном мышечном тонусе пятка лишь на мгновение приподнимается над постелью либо все время сохраняет с ней контакт и скользит по направлению к ягодицам)). Попросить пациента расслабить ногу, Взять стопу за ее основание и пассивно перемещать из стороны в сторону, вверх и вниз. Оценить поочередно в правой и левой ноге. Другой рукой оказать сопротивление движению, пытаясь ее согнуть

48. Рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы плеча. Уложить слегка согнутую в локтевом суставе руку пациента на своё предплечье или на бедро сидящего пациента, Обхватить локтевой сустав четырьмя пальцами снизу. Большой палец расположить на сухожилии бицепса. Нанести короткий и быстрый удар молоточком по большому пальцу своей руки, располагающемся над сухожилием бицепса пациента (происходит сгибание в локтевом суставе). Оценить поочередно в правой и левой руке

49. Рефлекс с сухожилия трехглавой мышцы плеча. Поддержать полусогнутую руку пациента

- за область локтевого сустава и предплечья, стоя спереди от больного; либо поддержать отведенное плечо пациента над локтевым суставом(предплечье свободно свисает вниз) Нанести удары молоточком по сухожилию трехглавой мышцы плеча на 1 - 1,5 см выше локтевого отростка (происходит разгибание в локтевом суставе) Оценить поочередно в правой и левой руке
50. Карпорадиальный рефлекс Попросить пациента сесть и свободно поместить свою руку на кисти врача так, чтобы она была согнута в локтевом суставе под углом около 100° , а предплечье находилось в положении среднем между пронацией и супинацией Нанести молоточком удары по шиловидному отростку лучевой кости (происходит сгибание в локтевом суставе и пронация предплечья) Оценить поочередно в правой и левой руке
51. Кистевой аналог рефлекса Россолимо. Попросить пациента расслабить руку и кисть. Захватить руку за ладонь таким образом, чтобы пальцы свободно свисали. Быстрым и отрывистым движением нанести удары по ладонной поверхности кончиков полусогнутых пальцев пациента своими пальцами в направлении «от ладони» (патологическая реакция заключается в сгибании дистальной фаланги большого пальца и чрезмерном сгибании дистальных фаланг остальных пальцев кисти) Оценить поочередно в правой и левой руке.
52. Коленный рефлекс Попросить пациента лечь на спину и согнуть ноги в коленях так, чтобы пятки соприкасались с поверхностью кушетки, а колени были одинаково согнуты под тупым углом Чтобы обеспечить расслабление мышц бедра, подвести свои руки под колени пациента, поддерживая их. Нанести молоточком удары по сухожилию четырехглавой мышцы бедра ниже коленной чашечки. Оценить степень разгибания в коленном суставе. Оценить поочередно в правой и левой ноге
53. Ахиллов рефлекс. Одной рукой обхватить стопу исследуемой ноги, согнуть ногу в тазобедренном и коленном суставе и одновременно разогнуть стопу. Второй рукой нанести удар молоточком по ахиллову сухожилию. Оценить степень тыльного сгибания в голеностопном суставе.Оценить поочередно в правой и левой ноге
54. Рефлекс Бабинского. Вызвать штриховым раздражением наружного края подошвы. Обратной стороной молоточка провести линию от пятки к большому пальцу по наружной стороне (вместо наблюдаемого в норме сгибания пальцев, в ответ на раздражение возникает медленное тоническое разгибание первого пальца и легкое веерообразное расхождение остальных)
55. Нижний рефлекс Россолимо. Быстрым и отрывистым движением нанести удары по подошвенной поверхности кончиков (подушечкам) пальцев пациента своими пальцами в направлении «от стопы» (патологическая реакция заключается в сгибании дистальной фаланги большого пальца и чрезмерном сгибании дистальных фаланг остальных пальцев стопы) Оценить поочередно на правой и левой ноге
56. Рефлекс Гордона. Приподнять ногу одной рукой, другой - сжать икроножную мышцу (патологическим рефлексом считается медленное разгибание первого пальца стопы и веерообразное расхождение других пальцев)
57. Рефлекс Оппенгейма. Провести с нажимом подушечкой большого пальца своей руки по передней поверхности голени (вдоль внутреннего края большеберцовой кости). Направление сверху вниз, от колена к голеностопному суставу (патологическим рефлексом считается ответное разгибание большого пальца стопы)
58. Брюшные рефлексы: Верхний брюшной рефлекс вызвать нанесением штрихового раздражения кожи живота с обеих сторон по направлению к средней линии ниже реберных дуг. Средний брюшной рефлекс вызвать нанесением штрихового раздражения кожи живота с обеих сторон по направлению к средней линии на уровне пупка

Нижний брюшной рефлекс вызвать нанесением штрихового раздражения кожи живота с обеих сторон по направлению к средней линии над пупартовой связкой

59. Подошвенный рефлекс. Вызвать штриховым раздражением наружного края подошвы по направлению от пятки к мизинцу, а затем в поперечном направлении к основанию первого пальца. Крепко держать ногу пациента и заранее предупредить его о том, что вы «пощекочете» подошву. Раздражение кожи должно быть достаточным по силе и длиться около 1 с.

60. Оценка чувствительности. Оценка болевой чувствительности. Взять зубочистку. Проверить чувствительность с 2-х сторон на симметричных участках для исключения гемигипестезии. Проверить чувствительность сверху вниз, для исключения проводниково-спинального типа нарушений. Проверить чувствительность на руках и ногах от проксимальных к дистальным отделам для исключения полинейропатического расстройства. Проверить чувствительность на руках и ногах по спирали для исключения сегментарного и нейропатического вариантов нарушения. При прикосновении задать вопрос, как пациент чувствует укол (остро, тупо, не чувствует)?

61. Оценка тактильной чувствительности. Взять клочок ваты. Синхронно прикоснуться к симметричным точкам в области кистей, предплечий, плеч, стоп, голеней, бедер. При прикосновении задать вопросы, чувствует ли пациент прикосновение, одинаково ли чувствует с двух сторон?

62. Оценка температурной чувствительности на руках. Взять прибор (тестер для определения температурной чувствительности или 2 пробирки: с горячей и холодной водой). Синхронно прикоснуться к симметричным точкам в области кистей, предплечий, плеч, бедер, голеней и стоп. При прикосновении задать вопрос, чувствует ли пациент тепло или холод, одинаково ли чувствует с двух сторон? При прикосновении задать вопрос, чувствует ли пациент тепло или холод, одинаково ли чувствует с двух сторон?

63. Оценка вибрационной чувствительности рук. Вибрирующий камертон (128 Гц) установить на шиловидном отростке лучевой кости. Попросить пациента сообщить, когда он перестанет чувствовать колебания камертона (в норме более 16 сек). Вибрирующий камертон (128 Гц) установить на олекраноне. Попросить пациента сообщить, когда он перестанет чувствовать колебания камертона (в норме более 16 сек).

64. Оценка вибрационной чувствительности ног. Вибрирующий камертон (128 Гц) установить на медиальной лодыжке. Попросить пациента сообщить, когда он перестанет чувствовать колебания камертона (в норме более 14 сек). Оценить поочередно в правой и левой ноге.

65. Мышечно-суставное чувство в пальцах рук и ног. Перед началом исследования показать пациенту, какие движения в суставах будут проводиться и как их следует называть (что считать движением вверх, вниз). Попросить пациента закрыть глаза. Взять ногтевую фалангу пальца за боковые поверхности и перемещать ее вверх и вниз, задавая пациенту вопрос, в каком направлении двигается палец. Поочередно провести исследование в остальных пальцах. Оценить поочередно справа и слева в пальцах рук и ног.

66. Оценка координации движений и вестибулярной функции. Пальце-носовая проба. Попросить пациента. Попросить пациента отвести выпрямленную руку немного в сторону, а затем быстро поднести указательный палец к кончику носа.

Провести пробу сначала с открытыми, а затем с закрытыми глазами. Провести пробу с одной стороны, а затем с другой стороны.

67. Пяточно-коленная проба. Попросить пациента лечь на спину. Попросить пациента высоко

поднять одну ногу, коснуться пяткой этой ноги колена другой ноги, после чего медленно, едва дотрагиваясь до поверхности кожи, провести пяткой вниз по передней поверхности голени. Провести пробу с одной стороны, затем с другой. Провести пробу сначала с открытыми, затем с закрытыми глазами

68. Проба на диадохокinez в руках. Попросить пациента согнуть руки в локтях, полусогнуть пальцы («как будто яблоко держите»). Попросить быстро и синхронно вращать кисти

69. Проба на диадохокinez в ногах. Попросить пациента имитировать вращение ногами («как на велосипеде»)

70. Проба на обнаружение симптома отдачи. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе и силой удерживать ее в таком положении. Оказывать сопротивление движению пациента, пытаясь разогнуть руку. Внезапно убрать свою руку, перестав оказывать сопротивление пациенту (в норме отдачи (удара в грудь) не будет).

71. Проба на дисметрию. Попросить пациента установить вытянутые вперед руки на заданном уровне. Затем попросить опустить (или поднять) руки. Попросить закрыть глаза. Быстро поднять (или опустить) руки до заданного ранее уровня (в норме руки должны установиться ровно и симметрично)

72. Проба Ромберга. Попросить пациента встать, с открытыми глазами, плотно сдвинув ступни, вытянуть руки вперед и удерживать равновесие. Подстраховать пациента от падения. Попросить пациента встать, с закрытыми глазами, плотно сдвинув ступни, вытянуть руки вперед и удерживать равновесие. Подстраховать пациента от падения

73. Проба на ассинергию Бабинского. Попросить пациента лечь на спину со скрещенными на груди руками и прямыми ногами. Попросить пациента сесть без помощи рук

74. Тандемная ходьба. Попросить пациента пройти по воображаемой прямой линии, устанавливая ноги так, чтобы пятка ноги, выполняющей шаг, оказывалась прямо перед пальцами стопы другой ноги («пятка-носок»).

75. Когнитивные функции (скрининговый тест). Память. Произнести максимально четко и разборчиво, со скоростью 1 слово в секунду «лимон, ключ, шар». Попросить пациента повторить слова. Попросить запомнить их. Добиться того, чтобы пациент самостоятельно вспомнил все три слова. При необходимости, предъявить слова повторно (до 5 раз)

76. Тест «рисование часов». Дать пациенту инструкцию: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками. Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки должны указывать на 13.45». (Подсказки не допускаются. Пациент не должен смотреть на реальные часы у себя на руке или на стене. Интерпретация: существенные трудности рисования часов.)

77. Память: отсроченное воспроизведение. Попросить пациента воспроизвести заученные 3 слова. Если пациент самостоятельно не может припомнить слова, можно предложить подсказку. Например, «Вы запоминали ещё какой-то фрукт ... инструмент ... геометрическую фигуру» (трудности воспроизведения с подсказкой хотя бы одного слова свидетельствуют о наличии клинически значимых когнитивных нарушений).

5) Проведение люмбальной пункции- демонстрация аккредитуемым умения выполнять люмбальную пункцию по следующим шагам:

1. Установка контакта с пациентом

2. Идентификация пациента
3. Получение информированного добровольного согласия пациента
4. Подготовка оборудования: Обработка рук гигиеническим способом
5. Спросить у пациента о необходимости посещения туалета перед процедурой, спросить, хочет ли пациент узнать подробности о ходе процедуры
6. Спросить, как пациент переносит инъекции, и уточнить о наличии аллергических реакций на местный анестетик
7. Ознакомиться с результатами исследований, представленными в медицинской документации и сделать вывод о наличии показаний и противопоказаний для проведения манипуляции, сделать вывод о необходимости предварительной премедикации
8. Надеть маску, шапочку, защитные очки, нестерильные перчатки
9. Подготовить всё необходимое для манипуляции: иглу для люмбальной пункции, 3 пробирки, флаконы с анестетиком, раствор антисептика, шприца, стерильные перчатки, стерильные марлевые салфетки, ограничитель операционного поля, пластырную повязку, маркер, очки, маску, контейнеры для утилизации отходов класса А и Б, непрокальваемый контейнер для утилизации отходов класса Б
10. Осуществить выбор оптимальной иглы
11. Накрыть манипуляционный стол стерильной пленкой, поставить флаконы на нестерильную часть столика, вскрыть флаконы с анестетиком, вскрыть упаковку шприца и поместить шприц на стерильный столик, утилизировать упаковки в контейнер для отходов класса А, утилизировать упаковку в контейнер для отходов класса А, последовательно вскрыть упаковки 3-х пробирок, выложить пробирки на стерильный стол, утилизировать упаковки в контейнер для отходов класса А
12. Вскрыть упаковку пластырной повязки, выложить пластырную повязку на стерильный стол, утилизировать упаковку в контейнер для отходов класса А
13. Вскрыть упаковку ограничителя операционного поля, выложить ограничитель операционного поля на стерильный стол, утилизировать упаковку в контейнер для отходов класса А

14. Вскрыть упаковку со стерильными салфетками, выложить салфетки на стерильную зону, обработать салфетки раствором антисептика
15. Вскрыть упаковку иглы для люмбальной пункции, выложить на стерильный стол иглу для люмбальной пункции
16. Попросить пациента занять положение на левом боку, согнувшись в форме эмбриона (колени к животу, подбородок к груди, спина выгнута), пропальпировать гребень подвздошной кости, опустить перпендикуляр от гребня подвздошной кости до линии позвоночника, пропальпировать остистые позвонки и место предполагаемой пункции между ними, поставить отметку с помощью маркера в месте предполагаемой пункции
17. Снять нестерильные перчатки, утилизировать перчатки в контейнер для отходов класса Б, обработать руки хирургическим способом, надеть стерильные перчатки, предупредить пациента о намерении обработать спину раствором антисептика
18. Последовательно обработать место предполагаемой пункции тоекратно, направление от головы книзу (с помощью корцанга), утилизировать салфетки в контейнер для отходов класса Б, наклеить ограничитель манипуляционного поля
19. Взять шприц в руку, набрать 2-5 мл раствора анестетика из флакона, Предупредить пациента, о намерении сделать инъекцию, произвести местную анестезию места предполагаемой пункции и установки дренажа
20. Утилизировать шприц в непрокальываемый контейнер для отходов класса Б, предупредить пациента о начале люмбальной пункции, взять пункционную иглу, проверить вытаскивается ли мандрен, ввести иглу для люмбальной пункции с мандреном срезом вверх, перпендикулярно поверхности кожи в отмеченной точке
21. Медленно продвигать иглу по направлению к позвоночнику до первого провала, медленно продвигать иглу по направлению к позвоночнику до второго провала, отклоняя остриё иглы на 10-15° по направлению к головному концу
22. Каждые 2-3 мм извлекать мандрен из иглы до момента появления спинномозговой жидкости, попросить пациента расслабиться, сделать вывод о давлении спинномозговой жидкости, набрать в три пробирки по 2 мл спинномозговой жидкости, вставить мандрен в иглу не до конца, удалить иглу.
23. Удалить ограничитель операционного поля, утилизировать ограничитель в контейнер для отходов класса Б, приклеить на место пункции пластырную повязку, спросить о самочувствии пациента после манипуляции

24. Отправить пациента в палату в сопровождении квалифицированного персонала, отправить инструментарий на стерилизацию, снять стерильные перчатки, не касаясь голыми руками их внешней поверхности, утилизировать стерильные перчатки в контейнер для отходов класса Б, снять очки, маску, утилизировать маску в контейнер для отходов класса Б
25. Снять шапку, утилизировать шапку перчатки в контейнер для отходов класса Б, обработать руки гигиеническим способом после манипуляции
26. Сообщить о необходимости выписать направление на общее, биохимическое и микробиологическое исследование спинномозговой жидкости, сообщить о необходимости сделать отметку в медицинской документации о выполнении манипуляции

Основные вопросы для собеседования:

1. Инструкции МЗ РФ по определению момента смерти, отказу от применения и прекращения реанимационных мероприятий
2. Методика дефибриляции с использованием автоматического наружного дефибриллятора у взрослого пациента
3. Методика дефибриляции с использованием бифазного дефибриллятора у взрослого пациента
4. Методика дефибриляции с использованием монфазного дефибриллятора у взрослого пациента
5. Методика искусственной вентиляции легких с использованием вспомогательных устройств
6. Методика отсасывания слизи из носа и/или ротоглотки, установки воздуховода у взрослого пациента
7. Методика проведения первичного реанимационного комплекса
8. Непрямой массаж сердца при проведении сердечно-легочной реанимации – влияние частоты, глубины компрессий на исходы
9. Осложнения при проведении реанимационных мероприятий.
10. Сердечно-легочная реанимация с исключительно непрямым массажем сердца – преимущества и недостатки

11. Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации у взрослого пациента
12. Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями у взрослого пациента
13. Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем у взрослого пациента
14. Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу у взрослого пациента
15. Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода у взрослого пациента
16. Непрямой массаж сердца у взрослого пациента двумя спасателями
17. Непрямой массаж сердца у взрослого пациента одним спасателем
18. Оценка наличия спонтанного дыхания у взрослого пациента без сознания
19. Оценка пульсации крупных сосудов у взрослого пострадавшего
20. Оценка сознания взрослого пациента (при первичном контакте с пострадавшим)
21. Проведение тройного приема Сафара у взрослого пострадавшего
22. Проверка проходимости дыхательных путей у взрослого пациента без сознания

	<p>1. Чувствительные нарушения. Виды расстройств чувствительности.</p> <p>2. Боль. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы мозга.</p> <p>3. Двигательные центральные нарушения: Симптомы поражения центрального двигательного нейрона на различных уровнях</p> <p>4. Двигательные периферические нарушения: признаки периферического паралича, симптомы поражения мышц, периферического нерва, нервно-мышечного синапса, стволов сплетений, переднего корешка, переднего рога, двигательных ядер черепных нервов, самих черепных нервов.</p> <p>5. Координация движений и ее расстройства: Мозжечок и вестибулярная система, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений. Различные виды атаксий.</p>
--	--

6. Экстрапирамидные нарушения: подкорковые узлы, синдромы их поражения. Гипокинетически-гипертонический синдром.
7. Экстрапирамидные нарушения: подкорковые узлы, синдромы их поражения; Гиперкинезы.
8. Поражение больших полушарий. Расстройства высших психических функций.
9. Речь и ее расстройства. Импрессивная и экспрессивная речь. Афазии. Мутизм. Алалия. Дизартрия. Алексия. Аграфия.
10. Гнозис и его расстройства. Агнозии (зрительная, слуховая, сензитивная, анозогнозия, обонятельная и вкусовая агнозия).
11. Праксис и его расстройства. Апраксия (идеаторная, конструктивная, моторная, кинестетическая).
12. Память и ее расстройства.
11. Мышление и его расстройства. Врожденное слабоумие. Задержка умственного развития.
12. Понятие о деменции и псевдодеменции. Кортикальная и подкорковая деменция.
13. Обонятельный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Аносмия, гипосмия, гиперосмия.
14. Зрительный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
15. Глазодвигательные нервы. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
16. Тройничный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Невралгия тройничного нерва.
17. Лицевой нерв и промежуточный нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
18. Преддверно-улитковый нерв. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Вестибулярный нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия. Синдром Меньера.
19. Кaudальная группа нервов. Языкоглоточный нерв – IX; блуждающий нерв – X; добавочный нерв – XI; подъязычный нерв – XII. Анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
20. Синдромы сочетанного поражения черепных нервов. Синдром мостомозжечкового угла и др.
21. Строение и поражение ствола. Ретикулярная формация ствола мозга: её строение и функции.
22. Синдромы зрачковых и глазодвигательных расстройств.
23. Синдромы нарушений бодрствования и сознания (выключение сознания, гиперсомнические и коматозные расстройства).

- 24.Альтернирующие синдромы. Латеральный и медиальный синдром ствола мозга.
- 25.Синдром дислокации и ущемления ствола мозга в области отверстия мозжечкового намета и большого затылочного отверстия.
- 26 Синдром центральных апноэ. Другие синдромы дыхательных расстройств у больных в коме.
- 27.Синдром острых постуральных расстройств («дроп-атака»).
- 28.Анатомия и физиология спинного мозга. Определение сегмента. Шейное и пояснично-крестцовое утолщения.
- 29.Спинной мозг: серое вещество – анатомия, синдромы поражения.
- 30.Спинной мозг – белое вещество – анатомия, синдромы поражения.
- 31.Синдромы поражения отдельных участков поперечного среза спинного мозга
- 32.Синдромы поражения задних канатиков; бокового канатика; половины поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара);
- 33.Синдром поражения вентральной половины поперечника спинного мозга. Синдром полного поражения спинного мозга
34. Поражение ПНС: Радикулопатии – синдром поражения переднего корешка, синдром поражения заднего корешка,синдром поражения корешков конского хвоста.
- 35.Плексопатии: синдромы поражения шейного сплетения;
- 36.Синдромы поражения плечевого сплетения (синдром поражения верхнего первичного пучка – паралич Дюшена-Эрба, синдром поражения среднего пучка, синдром поражения нижнего первичного пучка – паралич Дежерина Клюмпке).
- 37.Синдромы поражения поясничного сплетения.
- 38.Синдромы поражения крестцового сплетения.
- 39.Синдромы поражения шейного сплетения.
40. Синдромы поражения периферических нервов плечевого сплетения: лучевой, локтевой, срединный нервы.
- 41.Синдромы поражения грудных нервов.
- 42.Синдромы поражения периферических нервов поясничного сплетения: бедренный нерв, запирающий нерв,наружный кожный нерв бедра (синдром Рота).
- 43.Синдромы поражения периферических нервов крестцового сплетения: седалищный, малоберцовый, большеберцовый нервы.
- 44.Полинейропатии (аксонопатии, миелинопатии): сенсорная, моторная, вегетативная, смешанная, дистальная, проксимальная.
45. Нарушение тазовых функций. Недержание мочи. Истинное недержание мочи. Задержка мочеиспускания. Императивные позывы. Неврогенные расстройства мочеиспускания. Нарушения дефекации. Нарушения половой функции: нейрогенная импотенция.

	<ol style="list-style-type: none">1.Электроэнцефалография (ЭЭГ). Патологические изменения в ЭЭГ. Эпилепсия и ЭЭГ. Роль ЭЭГ в оценке функционального состояния мозга.2.Реоэнцефалография и реовазография. Основные показания к применению.3.Допплероультрасонография. Основные показания к применению. Возможности метода для динамического контроля при оперативных вмешательствах.4.Вызванные потенциалы (ВП): соматосенсорные, зрительные, слуховые, стволовые. Роль ВП в диагностике уровня поражения афферентных систем и оценки их функционального состояния.5.Электронейромиография (ЭНМГ). ЭНМГ критерии разных уровней поражения (нижний мотонейрон, корешок спинного мозга, нервный ствол, мышца). Глобальная, локальная и стимуляционная ЭНМГ.6.Полисомнография. Основные показания к применению.7.Методы исследования сегментарного отдела вегетативной нервной системы и их оценка. Вызванные кожные симпатические потенциалы, вызванные сосудистые реакции, кардиоваскулярные тесты (проба с глубоким медленным дыханием, проба с активным вставанием, проба Вальсальвы, ортопроба, проба с изометрическим физическим напряжением, нагрузкой).8.Исследование порогов боли (альгометрия, ноцицептивный флексорный рефлекс). Болевые оценочные шкалы.9.Рентгеновская компьютерная томография (КТ) Основные показания при заболеваниях ЦНС.10.Магнитно-резонансная томография (МРТ), МР-ангиография. Радионуклидные методы нейровизуализации.11.Позитронная эмиссионная томография – метод прижизненного количественного исследования метаболизма и кровотока в ЦНС.12. Боль.. Ноцицептивные и антиноцицептивные системы. Острая и хроническая боль. Ноцицептивная и невропатическая боль. Висцеральные боли. Отраженные боли. Психогенные боли. Методы оценки боли.13.Головокружение. Центральные и периферические системы контроля равновесия и ориентации тела в пространстве. Системное и несистемное головокружение.14.Повышение внутричерепного давления. Ликворные системы мозга. Регуляция внутричерепного давления. Ликворпродукция и ликворорезорбция. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. Гидроцефалия. Наружная и внутренняя. Открытая и закрытая.

	<p>15.Нарушения сознания. Пароксизмальная утрата сознания и длительное (перманентное) изменение сознания: спутанность сознания, оглушение, делирий, сопор, кома. Акинетический мутизм. Хроническое вегетативное состояние. Смерть мозга. Синдром «запертого человека».</p> <p>16.Стояние и ходьба. Способы измерения равновесия и ходьбы (клинические шкалы, стабиллография, видеокинематический анализ ходьбы).</p> <p>17. Клинические варианты нарушений ходьбы (дисбазия) и стояния (астазия).</p>
--	---

Перечень дискуссионных тем :

<ol style="list-style-type: none"> 1.Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Функциональные шкалы оценки тяжести инсульта. 2.Патофизиология церебрального инсульта. «Ишемический каскад». Хронобиология церебрального инсульта. 3.Принципы исследования больного с церебро-васкулярным заболеванием, параклинические методы диагностики 4. Транзиторная ишемическая атака. Этиология, патогенез, лечение и профилактика 5. Ишемический инсульт. Этиология, патогенез, лечение и профилактика 6.Геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, лечение и профилактика 7.Хроническая ишемия мозга. Этиология, патогенез, лечение и профилактика 8. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, патогенез, лечение и профилактика 9..Хирургическое лечение сосудистых заболеваний головного мозга (показания к хирургическому лечению). 10.Заболевания вен ГМ и синусов. Этиология, патогенез, лечение и профилактика 11.Сосудистые заболевания спинного мозга. Острый спинальный инсульт. Хроническая сосудистая миелопатия. 12.Опухоли центральной нервной системы. Гистологическая классификация опухолей ЦНС. 13.Особенности течения различных типов опухолей. Первичные и метастатические опухоли мозга. Особенности течения супра- и субтенториальных, конвексимальных и глубинных опухолей, опухолей средней линии. 14.Первичные (очаговые) и вторичные симптомы опухолей ГМ. 15.Диагностика опухолей головного мозга (клиническая и параклиническая). Роль нейровизуализационных исследований. 16.Экстренные, срочные и относительные показания к операции. Типы операций (радикальные тотальные и субтотальные, частичные, паллиативные, пластические, противоболевые). 17.Хирургическое лечение внутримозговых глиальных опухолей, менингиом, невринома, аденома гипофиза, краниофарингеом, опухолей черепа. 18.Лучевое и медикаментозное лечение опухолей ГМ, послеоперационное лечение.

19. Клиника опухолей спинного мозга и прилежащих образований: корешково-оболочечные, проводниковые и сегментарные симптомы.
20. Клиника и диагностика опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста. Особенности течения интрамедуллярных опухолей и экстрамедуллярных опухолей (интра- и экстрадуральных).
21. Опухоли спинного мозга. Показания к операции, основные типы операций. Лучевое и медикаментозное лечение.
22. Менингиты: гнойные и серозные; острые и хронические (арахноидиты). Этиология, патогенез. Менингизм.
23. Гнойные менингиты: этиология, патогенез, лечение и профилактика
24. Серозные менингиты: этиология, патогенез, лечение и профилактика
23. Энцефалиты – острые и хронические. Классификация.
24. Клещевой и комариный энцефалиты. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
25. Энцефалит Экономо. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
26. Герпетический энцефалит. Этиология, патогенез, лечение и профилактика
- 1.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ БИОХИМИЯ»

12.1 БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Водно-электролитный баланс.

1. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

2. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемиа

3. Отрицательный водный баланс (гипогидратация) наблюдается при следующих патологических состояниях:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Сахарный диабет
- b. Отеки
- c. Эксикоз
- d. Вторичный гиперальдостеронизм

е. Несахарный диабет

4. В палату интенсивной терапии реанимации поступает больной 30 лет, масса тела 70 кг. Диагноз: астматический статус.

Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на удушье, сильную жажду, сухость во рту, затруднение вдоха и особенно выдоха; одышка, плохое отхождение мокроты; ЧДД 36 в 1 минуту, в легких аускультативно: сухие хрипы, зоны ослабления и отсутствия дыхания; АД 140/100, пульс 100 ударов, спавшиеся с трудом пунктируемые вены; содержание в крови натрия 160 ммоль/л, калия 5,7 ммоль/л, показатель гематокрита 45%; диурез 400 мл в сутки, относительная плотность мочи 1030.

Установите тип дисгидрии.

5. Больному N за сутки перелито 783мл физиологического раствора. Сколько Na⁺ получил больной в этом объеме.

6. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипонатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- d. Увеличения артериального давления
- e. Ренина
- f. Увеличения осмотического давления крови
- g. Гипернатриемии

7. Больному K за сутки перелито 575мл физиологического раствора. Сколько NaCl получил больной в этом объеме.

8. Перемещение воды между клеточным и внеклеточным секторами организма определяется изменением осмотического давления внеклеточной жидкости.

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

9. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- b. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- c. Повышение температуры тела
- d. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- f. Осмотическое давление плазмы в норме
- g. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы
- h. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы

10. Наибольшее количество воды (в % от массы тела) содержится в организме:

Выберите один ответ:

- a. взрослой женщины
- b. подростка 14 лет
- c. новорожденного
- d. взрослого мужчины
- e. пожилого человека

11. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемиа

12. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

Кислотно-основные состояния

1. Больной с гломерулонефритом.

Показатели		Реф.интервал
pH	7.23	7,36-7,44
pCO ₂	34 мм.рт.ст.	40± 5мм Hg
SB	16 ммоль/л	20-26 ммоль/л
AB	13 ммоль/л	19-25 ммоль/л
BE	11.0 ммоль/л	±2.3 ммоль/л
Титрационная кислотность мочи	8 мл щелочи	10-30 мл щелочи
Аммиак мочи	8 ммоль/л	20-50 ммоль/л

Выберите наиболее подходящие объяснения изменений лабораторных показателей

Выберите один или несколько ответов:

- a. Показатель pH (7.23) резко смещен в кислую сторону и находится за пределами нормы (7.36-7.42), что заставляет предполагать наличие у больного некомпенсированного алкалоза
- b. Данные о показателе BE (-11.0 ммоль/л при норме -3.3 -+2.3) свидетельствует о полном исчерпании щелочных резервов крови.
- c. Показатели AB и SB ниже нормы. Для правильного решения задачи особенно важно резкое снижение уровня показателя AB, что свидетельствует о неспособности бикарбонатного буфера компенсировать ацидоз.
- d. Диагноз: некомпенсированный выделительный ацидоз
- e. Диагноз некомпенсированный смешанный ацидоз
- f. Показатели ТК и аммиака мочи значительно ниже нормы. При столь выраженном ацидозе это может означать только одно – почки не в состоянии выполнять свою функцию выведения из организма кислых продуктов метаболизма
- g. Показатель pCO₂ (34 мм.рт.ст.) находится в пределах нормы (32.5-46.6 мм.рт.ст.). Следовательно, оснований предполагать газовый характер ацидоза у нас нет.

2. Выберите единственный верный ответ.

К причинам негазового алкалоза относят:

Выберите один ответ:

- a. неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, хлордиарею.
- b. сахарный диабет, хлордиарею, неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты.
- c. неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, сахарный диабет.

3. Верно ли, что респираторный алкалоз развивается при горной болезни?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

4. Вычислить pH раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

5. Сколько % составляет буферная емкость белкового буфера от общей буферной емкости крови.

Патохимия обмена пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов. Гиперурикемия. Нуклеиновые кислоты. Репликация и репарация ДНК.

1. Глицин является предшественником:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Глутатиона
- b. Порфиринов
- c. Холестерина
- d. Креатина
- e. Непарных желчных кислот

2. Метотрексат:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Не активен в отношении быстро растущих клеток
- b. Ингибитор синтеза пуринов
- c. Ингибитор синтеза тимидилата
- d. Активатор синтеза пуринов
- e. Бактериостатический препарат
- f. Активен в отношении быстро растущих клеток

3. Витамины, участвующие в метаболизме Сер и Гли:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Тиамин
- b. Фолиевая Кислота
- c. Рибофлавин
- d. Биотин

4. Формальдегид образуется:

Выберите один ответ:

- a. При восстановлении этанола
- b. При окислении метиленового мостика в H₄-ТГФ
- c. При окислении уксусной кислоты
- d. При окислении этанола
- e. При восстановлении метанола
- f. Пиридоксин

5. Соединения, для синтеза которых необходимы одноуглеродные фрагменты:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Адреналин
- b. Глицин

- c. Урацил
- d. Парные желчные кислоты
- e. Норадреналин
- f. Тимин
- g. Глюкоза

Нарушения обмена и транспорта холестерина. Атеросклероз. Оценка риска осложнений атеросклероза.

1. Первым коммерческим статином был

Ответ:

2. Общепринятая современная классификация гиперлиппротеинемий была предложена в 1965г
....

Ответ:

3. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

- 1. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
- 2. синдрома цитолиза;
- 3. синдрома холестаза;
- 4. мезенхимально-воспалительного синдрома;
- 5. синдрома портальной гипертензии.

4. Антисмысловые олигонуклеотиды (АСО)

Выберите один или несколько ответов:

- a. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы рибонуклеиновой кислоты (РНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;
- b. Мипомерсен - препарат на основе АСО блокирует ген апоВ-100 и предотвращает транскрипцию РНК апо-В100;
- c. Мипомерсен - препарат на основе АСО специфически связывает мРНК апоВ-100 и предотвращает транслокации мРНК для формирования функционального апо-В100;
- d. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;
- e. in vivo подвергаются быстрой деградации под действием нуклеаз;
- f. они целиком или частично связываются с рибонуклеиновой кислотой (РНК) и препятствуют дальнейшей трансляции мРНК в белок;
- g. в связи с малыми размерами резистентны к действию нуклеаз;
- h. они целиком или частично связываются с дезоксирибонуклеиновой кислотой (ДНК) и тем самым препятствуют экспрессии гена;

5. Биологическая роль ненасыщенных жирных кислот

Выберите один ответ:

- 1. предшественники простагландинов;
 - 2. участие в поддержании кислотно-основного равновесия;
 - 3. иммунный ответ;
 - 4. являются предшественниками кортикостероидов;
 - 5. транспортная функция.
6. Укажите целевой уровень хЛНП у мужчины 42 лет с высоким кардиальным риском

Выберите один ответ:

- a. менее 3,5 ммоль/л;
- b. не более 1,8 ммоль/л;
- c. не более 3,5;
- d. менее 2,5 ммоль/л;
- e. менее 5,5 ммоль/л.

Заключительный тест

1. **Гипокальциемия приводит к повышению нервно-мышечной возбудимости и развитию судорог?**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

2. **В норме рН артериальной крови колеблется в пределах:**

Выберите один ответ:

a. 7,45-7,55

b. 7,25-7,35

c. 7,35-7,45

3. **Прием одновременно с аторвастатином сока грейпфрута может сказаться на фармакокинетике препарата.**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

4. **Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

5. **Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

6. **Гликогенез преобладает над гликогенолизом в печени при:**

Выберите один ответ:

гепатозах

гипоксии

гепатитах

циррозе печени

гликогенозах

7. **Больному N за сутки перелито 1482мл физиологического раствора. Сколько Na⁺ получил больной в этом объеме.**

Ответ:

Выберите единицу измерения

Выберите...

грамм

мг

8. **Синтез дезоксирибонуклеотидов происходит путем синтеза de novo из 2 - дезоксианалога ФРПФ**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

9. Назовите эндогенный лиганд рецепторов ORL₁?

Ответ:

10. Болевая чувствительность - возникает только под действием повреждающего фактора: боли носят острый режущий характер, обладают точной локализацией, но к ней можно приспособиться (явление адаптации). Это более новый путь болевой чувствительности.

11. цАМФ является вторичным посредником для рецепторов к следующим гормонам:

Выберите один или несколько ответов:

- a. ТТГ
- b. Кальцитонин
- c. окситоцин
- d. ангиотензин
- e. Глюкагон

12. Реакцию превращения 3-фосфоглицерата в серин катализирует:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Фосфоорилаза В
- b. Карбонат дегидратаза
- c. Серин гидроксиметилтрансфераза
- d. Серин фосфатаза
- e. Серин аминотрансфераза
- f. Фосфоглицерат киназа

13. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

14. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

15. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

- a. мезенхимально-воспалительного синдрома
- b. синдрома цитолиза
- c. синдрома холестаза
- d. синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- e. синдрома портальной гипертензии

16. Из чего состоят кристаллы, откладывающиеся при хронической подагре в тканях и суставах?

Выберите один ответ:

- a. Ураты
- b. Оксалаты
- c. Гидроксиапатиты
- d. Карбонат кальция

17. К экстраренальным путям элиминации электролитов из организма относятся:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Кожа
- b. Ротовая полость (гиперсаливация)
- c. Желудочно-кишечный тракт (диарея)
- d. Органы дыхания
- e. Сосудистое русло (например, острая кровопотеря)

18. Формула расчета значений хЛНП была предложена

Ответ:

19. Вычислить рН раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

20. Верно ли, что при активации опиоидных рецепторов происходит ингибирование аденилатциклазы?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

21. Быстрая боль направляется через Aδ-волокна, которые заканчиваются в сегменте I заднего рога спинного мозга. Здесь вторые по порядку в этом пути, передаточные нейроны вступают в дальнейший контакт и поднимают сигнал через позвоночные столбы. Эти волокна затем пересылают сигнал в вентролатеральные ядра таламуса. 22. Оттуда третьи нейроны связываются с соматосенсорными полями коры головного мозга. Быстрая боль легко локализуется, если Aδ-волокна стимулируются совместно с тактильными рецепторами.

23. Больной 3. 26 лет. Жалобы на слабость, утомляемость, апатию. Периодические мышечные параличи и боли в мышцах. Брадикардия. В детстве неоднократно лечился стационарно по поводу рецидивирующего нефрита. Гипертония 1 ст. Постоянно принимает эналаприл и верошпирон. Для уточнения генеза заболевания назначено определение чресканальцевого калиевого градиента. Уровень калия в сыворотке - 6 ммоль/л, в моче - 60,7 ммоль/л. Осмолярность плазмы 297мосм/кг, мочи - 657мосм/кг. Рассчитать чресканальцевый калиевый градиент.

Ответ:

24. Всасывание липидов происходит преимущественно в

Выберите один ответ:

- a. полости рта
- b. тонком кишечнике
- c. во всех отделах ЖКТ
- d. толстом кишечнике
- e. желудке

25. Величина онкотического давления крови определяется:

Выберите один ответ:

- a. низкомолекулярными азотистыми соединениями
- b. ионами
- c. углеводами
- d. белками
- e. липидами

26. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Повышение температуры тела
- b. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- c. Осмотическое давление плазмы в норме
- d. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- f. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- g. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы
- h. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы

27. Под влиянием ПАБК антибактериальное действие сульфаниламидов:

Выберите один ответ:

- a. Не Влияет
- b. Снизится
- c. Изменяется в зависимости от дозы или концентрации
- d. Усилится

28. Микросомальный триглицерид-переносящий белок – МТТР (Microsomal Triglyceride Transfer Protein):

Выберите один или несколько ответов:

- a. Субъединица М МТТР важнейший компонент ЛВП
- b. блокирует синтез холестерина на уровне образования мевалоната
- c. имеет важное значение для сборки и секреции апоВ-содержащих липопротеинов
- d. Lomitapide активирует МТТР в печени
- e. Субъединица PDI проявляет дисульфид изомеразную активность
- f. состоит из двух субъединиц (М и PDI)

29. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипернатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Увеличения артериального давления
- d. Гипонатриемии
- e. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- f. Ренина
- g. Увеличения осмотического давления крови

30. Верно ли, что сахарный диабет относят к причинам возникновения негазового алкалоза?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
АККРЕДИТАЦИИ»**

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на семинарских занятиях по результатам тестирования, демонстрации ординаторами практических навыков (умений). Оценка самостоятельной работы ординатора проводится по докладам, с которыми ординаторы выступают перед группой. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости.

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

Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения факультатива (зачет).

Промежуточная аттестация по программе «Симуляционный курс первичной специализированной аккредитации» проходит в виде двухэтапного зачета:

1 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования.

2 этап – оценка практических навыков и умений на фантомах и муляжах.

Примеры типовых контрольных вопросов для проведения первого этапа промежуточной аттестации, проверяющих знания в рамках компетенции.

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
16.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
17.	Методы обследования больного с анкилозирующим спондилитом	УК-1, ОПК-7
18.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
19.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
20.	Аускультация легких взрослого	УК-1, ОПК-7
21.	Методы обследования больного с ревматоидным артритом	УК-1, ОПК-7
22.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	
23.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии	

24.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
25.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
26.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
27.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
28.	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ОПК-7
29.	Методика проведения анестезии при внутрисуставном введение лекарственных средств.	УК-1, ОПК-7
30.	Методики проведения внутрисуставного введения лекарственных средств в коленный сустав.	УК-1, ОПК-7
31.	Методика проведения функциональных тестов в ревматологии.	УК-1, ОПК-7

Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
16.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
17.	Методика проведения анестезии при внутрисуставном введение лекарственных средств	УК-1, ОПК-7
18.	Методики проведения внутрисуставного введения лекарственных средств в коленный сустав	УК-1, ОПК-7
19.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
20.	Методика сбора анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ОПК-7
21.	Методика проведения функциональных тестов в ревматологии.	УК-1, ОПК-7
22.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
23.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
24.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
25.	Методика обследования больного с анкилозирующим спондилитом.	УК-1, ОПК-7
26.	Тактика ведение больного при гипогликемии.	УК-1, ОПК-7
27.	Тактика ведение больного при гипергликемии.	УК-1, ОПК-7
28.	Методика аускультации легких взрослого.	УК-1, ОПК-7

29.	Тактика ведение больного при ЖКК.	УК-1, ОПК-7
30.	Тактика ведение больного при ОНМК.	УК-1, ОПК-7

Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)

- **«зачтено»** - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий
- **«не зачтено»** - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по факультативу	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 литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.	A	100-96	ВЫСОКИЙ	5 (5+)
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	B	95-91	ВЫСОКИЙ	5

литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	С	90-86	СРЕДНИЙ	4 (4+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	С	85-81	СРЕДНИЙ	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.	О	80-76	НИЗКИЙ	4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.	Е	75-71	НИЗКИЙ	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Е	70-66	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3

<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	E	65-61	<p>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</p>	3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. 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 ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p>	Fx	60-41	<p>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</p>	2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.</p>	F	40-0	<p>НЕ СФОРМИРОВАНА</p>	2

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПСА»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа

12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный цикл»

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на семинарских занятиях по результатам тестирования, демонстрации ординаторами практических навыков (умений). Оценка самостоятельной работы ординатора проводится по докладам, с которыми ординаторы выступают перед группой. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости.

12.1 Фонд оценочных средств по программе «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»

Перечень вопросов для устного собеседования:

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
2.	Исследование чувствительности	УК-1, ОПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
5.	Аускультация легких взрослого	УК-1, ОПК-7
6.	Техника проведения люмбальной пункции	УК-1, ОПК-7
7.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	
8.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии	
32.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
33.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
34.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7

35.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
36.	Консультирование пациента /законных представителей пациента	УК-1, ОПК-7
37.	Исследование ЧМН	УК-1, ОПК-7
38.	Исследование рефлексов	УК-1, ОПК-7

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

№	Вопросы	Проверяемые компетенции
31.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
32.	Показания и противопоказания к люмбальной пункции и подготовка пациента к ней	УК-1, ОПК-7
33.	Техника выполнения люмбальной пункции	УК-1, ОПК-7
34.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
35.	Методика консультирования пациента /законных представителей пациента	УК-1, ОПК-7
36.	Исследование неврологического статуса	УК-1, ОПК-7
37.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
38.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7

39.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
40.	Тактика ведения больного при миастеническом кризе	УК-1, ОПК-7
41.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1, ОПК-7
42.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1, ОПК-7
43.	Методика аускультации легких взрослого.	УК-1, ОПК-7
44.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1, ОПК-7
45.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1, ОПК-7

Формы контроля выполнения самостоятельной работы:

- 1) контроль освоения практических навыков на тренажерах и манекенах,
- 2) доклад (сообщение) по избранной теме.

Темы докладов, сообщений даются в контексте тематики конкретного семинарского занятия. Для подготовки доклада, сообщения ординаторам предлагается внеаудиторная работа в библиотеке по избранной теме, работа в электронной информационной базе студента (ЭИОС), образовательном портале и индивидуальные консультации с преподавателем по проблемным и недостаточно понятным вопросам.

Требования к оформлению докладов.

Доклад может быть представлен в визуализационной форме (презентация), либо устно. Выступление должно включать три основные части: введение (отражается план доклада, цель анализа данной проблемы и значение ее решения в теоретическом и практическом планах); содержательная часть (рассматриваются современные представления об особенностях поставленной проблемы в литературе, используемые авторами методы, проводится анализ основных материалов по проблеме, приводятся схемы, графики, рисунки, иллюстрирующие

текстовые данные); заключительная часть (подводятся итоги и формулируются вопросы по данной проблеме, которые пока не нашли своего решения в науке).

Критерии оценки доклада.

«5» (отлично) – оценка **«отлично»** ставится ординатору, показавшему совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрывшему основные положения темы, в докладе которого прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Демонстрируется знание об объекте на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Доклад излагается литературным языком, свободно (не читается) в терминах науки. Активно используется иллюстрационный материал, облегчающий восприятие теоретических данных. Ординатор свободно ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

«4» (хорошо) – оценка **«хорошо»** ставится ординатору, показавшему умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. При этом ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки, при ответе ординатор пользуется текстом. Доклад сопровождается небольшим количеством иллюстраций. Ординатор ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

«3» (удовлетворительно) – оценка **«удовлетворительно»** ставится ординатору, в докладе которого логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допускаются ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Ординатор плохо ориентируется в материале, затрудняется при оформлении ответов на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, формулирует вопросы к аудитории по изложенному материалу в лаконичной форме.

«2» (неудовлетворительно) – оценка «неудовлетворительно» ставится ординатору, не раскрывшему избранную тему в докладе, не ориентирующегося в материале.