

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Оценочные материалы

по дисциплине Неврология

2023 г.

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)*

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит осмотр, сбор жалоб, анамнеза жизни пациента при заболеваниях нервной системы и составляет план обследования ОПК-4.2 Интерпретируют результаты обследования и устанавливает диагноз с учетом МКБ и клинических рекомендаций

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ОПК-4	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи	75 с эталонами ответов

Задания закрытого типа: *ВСЕГО 25 заданий*

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием:

- 1) нижней спастической параплегии
- 2) бульбарных расстройств
- 3) экстрапирамидных нарушений**
- 4) синдрома Броун-Секара

Эталон ответа: 3) экстрапирамидных нарушений

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Двигательные и чувствительные нарушения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлены поражением:

- 1) головного мозга
- 2) спинного мозга
- 3) корешков и периферических нервов
- 4) верно 1) и 2)
- 5) всего перечисленного**

Эталон ответа: 5) всего перечисленного

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Тип расстройства чувствительности при рассеянном склерозе:

- 1) полиневропатический
- 2) мононевропатический
- 3) сегментарно-диссоциированный
- 4) сегментарно-корешковый
- 5) проводниковый**

Эталон ответа: 5) проводниковый

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для рассеянного склероза характерны:

- 1) ретробульбарный неврит зрительного нерва
- 2) спастическая кривошея

- 3) мозжечковая атаксия
- 4) сенсорная афазия
- 5) императивные позывы на мочеиспускание
- 6) верно 1, 3, 5**

Эталон ответа: **6) верно 1, 3, 5**

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для неосложненного застойного диска зрительного нерва характерны:

- 1) гиперемия, стертость границ диска
- 2) раннее снижение зрительной функции
- 3) сужение границ поля зрения
- 4) правильно 1) и 2)
- 5) правильно 1) и 3)**

Эталон ответа: **5) правильно 1) и 3)**

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего:

- 1) первично прогрессирующее
- 2) вторично прогрессирующее с обострениями
- 3) вторично прогрессирующее без обострений
- 4) ремитирующее (волнообразное)**

Эталон ответа: **4) ремитирующее (волнообразное)**

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Нарушение мочеиспускания в дебюте рассеянного склероза обычно проявляется:

- 1) парадоксальной ишурией
- 2) императивными позывами на мочеиспускание**
- 3) задержкой мочи
- 4) отсутствием ощущения прохождения мочи
- 5) истинным недержанием мочи

Эталон ответа: **2) императивными позывами на мочеиспускание**

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком:

- 1) ретробульбарной опухоли орбиты
- 2) тромбоза глазничной артерии
- 3) каротидно-кавернозного соустья**
- 4) супраселлярной опухоли гипофиза
- 5) арахноидэндотелиомы крыла основной кости

Эталон ответа: **3) каротидно-кавернозного соустья**

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для неосложненного застойного диска зрительного нерва характерно:

- 1) сохранность зрительных функций**
- 2) раннее снижение остроты зрения
- 3) концентрическое сужение границ поля зрения
- 4) наличие скотом

Эталон ответа: **1) сохранность зрительных функций**

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Синдромом Аргайла Робертсона называют:

- 1) отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию**
- 2) отсутствие прямой реакции на свет при сохранной содружественной реакции
- 3) отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет
- 4) отсутствие реакции на аккомодацию в сочетании с мидриазом
- 5) отсутствие реакции на конвергенцию и аккомодацию в сочетании с анизокорией

Эталон ответа: **1) отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию**

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Двусторонний экзофтальм является признаком:

- 1) **гиперпродукции тиреотропного гормона**
- 2) опухоли перекреста зрительных нервов
- 3) роста краниофарингиомы вперед и вверх (в сторону передних клиновидных
- 4) отростков турецкого седла)

Эталон ответа: **1) гиперпродукции тиреотропного гормона**

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Синдром Бернара-Горнера это:

- 1) побледнение лица, гиперемия конъюнктивы
- 2) птоз, мидриаз, экзофтальм
- 3) **птоз, миоз, энофтальм**
- 4) экзофтальм и дисгидроз на пораженной стороне

Эталон ответа: **3) птоз, миоз, энофтальм**

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Синдром Пурфуа дю Пти наблюдается при:

- 1) **раздражении симпатических путей, идущих от цилиоспинального центра**
- 2) раздражении корешка глазодвигательного нерва
- 3) выпадении цилиоспинального центра
- 4) раздражении мелкоклеточной порции ядра глазодвигательного нерва

Эталон ответа: **1) раздражении симпатических путей, идущих от цилиоспинального центра**

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Симптомы, характерные для поражения хиазмы:

- 1) слепота на один глаз
- 2) **гетеронимная битемпоральная или биназальная гемианопсия**
- 3) гомонимная гемианопсия
- 4) квадрантная гемианопсия

Эталон ответа: **2) гетеронимная битемпоральная или биназальная гемианопсия**

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Симптомы, не характерные для поражения затылочной доли:

- 1) квадрантная гемианопсия
- 2) отрицательная скотома
- 3) **биназальная или битемпоральная гемианопсия**
- 4) микропсии, макропсии, метаморфопсии

Эталон ответа: **3) биназальная или битемпоральная гемианопсия**

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Левосторонняя гомонимная гемианопсия характерна для поражения:

- 1) левого зрительного нерва
- 2) сетчатки левого глаза
- 3) **правого зрительного тракта**
- 4) хиазмы

Эталон ответа: **3) правого зрительного тракта**

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Биназальная гемианопсия наступает при поражении:

- 1) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- 2) наружных отделов перекреста зрительных трактов
- 3) **зрительной лучистости**
- 4) зрительных нервов

Эталон ответа: **3) зрительной лучистости**

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении:

- 1) **центральных отделов перекреста зрительных нервов**
- 2) наружных отделов перекреста трактов
- 3) зрительных трактов
- 4) зрительной лучистости с двух сторон

Эталон ответа: 1) центральных отделов перекреста зрительных нервов

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Верхняя глазничная щель пропускает черепные нервы:

- 1) I, II
- 2) только III, IV, VI
- 3) **III, IV, V, VI**
- 4) VI

Эталон ответа: 3) III, IV, V, VI

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Решающее значение в диагностике менингита имеет:

- 1) острое начало заболевания с повышением температуры
- 2) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- 3) **изменения спинномозговой жидкости**
- 4) присоединение синдрома инфекционно-токсического шока
- 5) признаки застоя на глазном дне

Эталон ответа: 3) изменения спинномозговой жидкости

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Офтальмоскопический синдром Фостера - Кеннеди характеризуется наличием признаков:

- 1) **атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной очагу стороне**
- 2) застойных дисков с двух сторон
- 3) атрофии дисков зрительных нервов с двух сторон
- 4) застойного диска в сочетании с атрофией на стороне очага поражения

Эталон ответа: 1) атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной очагу стороне

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Снижение остроты зрения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлено поражением:

- 1) сетчатой оболочки
- 2) **зрительного нерва**
- 3) первичного зрительного центра в наружном коленчатом теле
- 4) лучистого венца Грациоле в затылочной доле
- 5) коркового отдела зрительного анализатора в затылочной доле

Эталон ответа: 2) зрительного нерва

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для поражения зрительных нервов при сифилитическом базальном менингите характерным является:

- 1) изменение полей зрения
- 2) нарушение цветоощущения
- 3) папиллит с кровоизлияниями
- 4) **верно 1), 2)**

Эталон ответа: 4) верно 1), 2)

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для синдрома Эйди характерны:

- 1) **односторонний мидриаз**
- 2) односторонний миоз

- 3) односторонний птоз
- 4) сохранная реакция на свет
- 5) спазм аккомодации

Эталон ответа: **1) односторонний мидриаз**

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Первичная табетическая атрофия зрительных нервов при спинной сухотке характеризуется следующими изменениями на глазном дне:

- 1) побледнением височных половин дисков
- 2) серой окраской дисков
- 3) отеком дисков
- 4) сохранностью четких границ дисков
- 5) верно 1) и 3)
- 6) верно 2) и 4)**

Эталон ответа: **6) верно 2) и 4)**

Задание 1.

Женщина 36 лет обратилась с жалобами на затруднение ходьбы вследствие шаткости и слабости в ногах, нарушение речи. Считает себя больной в течение 10 лет, когда на фоне перенесенного стресса возник ретробульбарный неврит слева, через 3 месяца зрение восстановилось. Через три года возникли двоение и шаткость при ходьбе, которые прошли на фоне гормональной терапии кортикостероидами. Два года назад вновь появилась шаткость при ходьбе, к которой присоединилась слабость в ногах, онемение в них и дизартрия. Лечилась гормонами, но симптомы полностью не прошли, а стали постепенно нарастать.

В неврологическом статусе: острота зрения слева 0,8; справа 1,0, горизонтальный нистагм, парез нижних конечностей с высокими рефлексам и спастическим мышечным тонусом, патологическим рефлексом Бабинского с 2х сторон, шаткость в положении стоя и при ходьбе, интенция при выполнении ПНП и ПКП, снижение болевой и температурной чувствительности на ногах с уровня коленных суставов и выпадение вибрационной чувствительности на ногах. На момент осмотра отмечается стабилизация состояния.

На МРТ головного мозга: множество гиперинтенсивных очагов демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга.

На глазном дне: бледность дисков зрительных нервов с височных половин.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить данные дополнительного обследования: МРТ головного мозга, глазное дно.
4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа

1. Синдромы: нижний спастический парепарез, мозжечковая атаксия, расстройство поверхностной и вибрационной чувствительности, зрительные расстройства, тазовые расстройства.

2. Поражены в грудном отделе спинного мозга пирамидные пути, вегетативные пути для тазовых органов, спиноталамические пути и пути глубокой чувствительности в задних столбах, а также мозжечок и зрительный нерв.

3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга, мозжечка и ствола мозга, а также изменения на глазном дне характерны для рассеянного склероза.

4. Рассеянный склероз, вторично-прогредиентное течение, стадия обострения.

Задание 2.

Молодой человек 19-ти лет обратился с жалобами на слабость в ногах и шаткость при ходьбе, возникшие месяц назад после перенесенного стресса.

Анамнез – в 17-летнем возрасте в течение 3-5 дней отмечал двоение при взгляде вправо. Без лечения двоение полностью прошло. Через год возникла шаткость при ходьбе, больше вправо, слабость в ногах, периодическая задержка мочеиспускания. После гормональной терапии жалобы ушли.

Неврологический статус: легкое сходящееся косоглазие справа, диплопия при взгляде вправо, горизонтальный нистагм, скандированная речь, нижний спастический парепарез с повышением сухожильных рефлексов и патологическими стопными знаками. Брюшные рефлексы – отсутствуют. Выраженная шаткость в позе Ромберга, походка атактическая, парепаретическая. Мимопопадание и интенционный тремор в правой руке при выполнении пальценосовой пробы.

На глазном дне – побледнение височных половин дисков зрительных нервов.

На МРТ в белом веществе лобных и височных долей, а также в мозолистом теле множественные очаги демиелинизации.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить данные МРТ, глазного дна и назначить дополнительные методы обследования.
4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдромы: нижний спастический парапарез, мозжечковая атаксия, парез правого отводящего нерва, тазовые расстройства.
2. Поражены пирамидные и вегетативные пути в грудном отделе спинного мозга, мозжечок, отводящий нерв.
3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе головного мозга и изменения на глазном дне характерны для рассеянного склероза;
4. Рассеянный склероз ремиттирующее течение, стадия обострения.

Задание 3.

На приеме женщина 32-х лет – болеет в течение года, дебют с резкого снижения зрения на правый глаз. В течение месяца проходила лечение в офтальмологическом отделении по поводу ретробульбарного неврита зрительного нерва. На фоне проводимого лечения – положительная динамика в виде улучшения зрения.

Через полгода возникло двоение в глазах, слабость в ногах, шаткость при ходьбе; императивные позывы на мочеиспускание. При соматическом обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Неврологический статус: острота зрения справа – 0,6 (коррекция без результата), слева – 1,0. Горизонтальный нистагм. Тетрапарез с преобладанием в нижних конечностях. Тонус мышц повышен в разгибателях голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук живые. С ног высокие, с расширением рефлексогенных зон. Клонус надколенников и стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Положительные симптомы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо с обеих сторон. В позе Ромберга выраженная шаткость без сторонности. Походка атактическая. Пальценосовую и пяточно-коленную пробу выполняет с интенцией с обеих сторон. Вибрационная чувствительность на ногах снижена.

На глазном дне отмечается бледность диска правого зрительного нерва.

На МРТ головного мозга множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Назначить недостающие дополнительные методы обследования.
4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдромы: центральный тетрапарез, мозжечковая атаксия, снижение зрения, расстройство вибрационной чувствительности, расстройство тазовых функций.
2. Поражены пирамидные пути в грудном отделе спинного мозга, задние столбы спинного мозга, мозжечок, зрительный нерв.
3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза.
4. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, стадия обострения.

Задание 4.

На приеме женщина 32-х лет с жалобами на слабость в ногах, шаткость при ходьбе, учащенное мочеиспускание, которое держится в течение 4-х дней.

Считает себя больной в течение 3-х лет, когда после перенесенного стресса стала отмечать онемение ног, которое держалось в течение 3-х недель и самостоятельно прошло. Через год появились слабость в нижних конечностях и шаткость при ходьбе, которые прошли после гормональной терапии. Через 2 года слабость в ногах возобновилась, и появились тазовые расстройства в виде императивных позывов.

В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, нижний парапарез, коленные рефлексы высокие D=S, шаткость в положении стоя и при ходьбе, интенция при выполнении ПНП и ПКП, императивные позывы при мочеиспускании.

На МРТ головного мозга: множественные гиперинтенсивные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить изменения на МРТ и назначить недостающие методы обследования.
4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдромы: нижний спастический парапарез, мозжечковая атаксия, тазовые расстройства.

2. Поражены пирамидные и вегетативные пути для тазовых функций в грудном отделе спинного мозга и мозжечок.

3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза; рекомендуется провести исследование вызванных потенциалов: зрительных, акустических и соматосенсорных;

4. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, стадия обострения.

Задание 5.

Студент 19 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, недомогание, нарушение зрения (нечеткость, снижение остроты), дискомфорт в глазах. Данные симптомы начали беспокоить 3 дня назад после перенесенного ОРВИ.

При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисэмбриогенеза. Менингеальных знаков нет, глубокие рефлексы повышены, брюшные рефлексы торпидные, патологические рефлексы отсутствуют, чувствительных расстройств не выявлено, координаторных нарушений нет. Заключение офтальмолога: ретробульбарный неврит.

1. О каком заболевании следует думать, учитывая клинические данные и заключение офтальмолога?

2. Топический диагноз?
3. Обследование?
4. Показана ли госпитализация?

Эталон ответа:

1. Рассеянный склероз, церебральная форма (оптическая), первичная атака.

2. Поражение зрительного нерва.

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

4. Да, в неврологический стационар.

Задание 6.

Женщина 26 лет обратилась с жалобами на слабость в нижних конечностях (больше в правой) и возникающие из-за этого частые спотыкания и падения, шаткость при ходьбе, тремор левой руки при движениях, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Считает, что симптомы возникли сразу после родов две недели назад и с тех пор нарастали.

В неврологическом статусе: эмоционально лабильна, астенизирована. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по спастическому типу, глубокие рефлексы высокие, D>S, клонусы коленных чашечек и стоп. Рефлексы орального автоматизма и патологические стопные знаки с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и мимопопадание в

левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Обследование?
4. Показана ли госпитализация?

Эталон ответа:

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

Задание 7.

Юноша 25 лет на приеме предъявляет жалобы на дрожание рук, усиливающееся при целенаправленных движениях, затрудняющее профессиональную и бытовую деятельность (прием пищи, бритье, умывание и т.п.), шаткость при ходьбе, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, ощущение прохождения тока по позвоночнику при наклоне головы вперед. Считает себя больным в течение 5 лет, когда в период весенней сессии на фоне переутомления и стресса возникло ухудшение зрения (ощущение нечеткости и пятна в поле зрения правого глаза), которое самопроизвольно регрессировало через 1-1,5 недели. Текущие симптомы беспокоят в течение 3-х месяцев, после ДТП, в котором получил черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга).

В неврологическом статусе: несколько расторможен, интенционный тремор верхних конечностей, адиадохокinez, гиперметрия, горизонтальный нистагм, дизартрия с элементами скандирования, глубокие рефлексы высокие D>S, с расширением рефлексогенных зон, симптомы орального автоматизма, патологические стопные знаки с двух сторон. Брюшные рефлексы отсутствуют с двух сторон. Вибрационная чувствительность отсутствует ниже гребней подвздошных костей, снижение поверхностной чувствительности справа, походка атактическая.

Задание:

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Обследование?

Эталон ответа:

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

Задание 8.

Женщина 19 лет на консультации невролога предъявляет жалобы на быструю утомляемость и преходящую слабость в правых конечностях, двоение, усиливающиеся при нахождении в жарком помещении или после незначительной физической нагрузки. Болеет

в течение 1,5 лет: дважды перенесла эпизоды невропатии лицевого нерва, сначала справа, затем слева.

Неврологический статус: астенического телосложения, единичные стигмы дисэмбриогенеза, недостаточность конвергенции, ограничение приведения правого глаза при полной сохранности отведения другого глаза, монокулярный нистагм слева (межъядерный офтальмопарез). Легкая двухсторонняя гипомимия. Легкий правосторонний гемипарез. Тонус мышц в правых конечностях спастически повышен, глубокие рефлексy D>S, высокие. Рефлексy орального автоматизма, патологические стопные знаки справа. Интенция и мимопопадание при выполнении координаторных проб, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Обследование?

Эталон ответа:

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

2. Рассеянный склероз, церебральная форма.

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

Задание 9.

Женщина 30 лет – жалобы на слабость в ногах, шаткость при ходьбе и учащенное мочеиспускание после перенесенного ОРЗ, которые полностью прошли после гормональной терапии. Год назад в течение двух недель отмечала двоение в глазах, которое самостоятельно прошло.

Неврологический статус: ЧМН – горизонтальный нистагм, снижена сила в ногах до 4 баллов, мышечный тонус в них повышен по спастическому типу, коленные и ахилловы рефлексy высокие, патологические рефлексy Бабинского, Оппенгейма с двух сторон. Пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполняет с интенцией и мимопопаданием.

Глазное дно без патологии.

МРТ головного мозга: 3 перивентрикулярных очага демиелинизации с перифокальным отеком.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдромы: нижний спастический парепарез и мозжечковая атаксия.

2. Поражен спинной мозг в грудном отделе (пирамидные пути в боковых столбах) и мозжечок.

3. Вероятный рассеянный склероз.

Задание 10.

Женщина 29-ти лет – жалобы на онемение в руке, слабость в ногах, шаткость при ходьбе и учащенное мочеиспускание. Год назад на фоне стресса возникло онемение и неловкость в правой руке, держалось две недели и самостоятельно прошло.

В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, снижение поверхностной и глубокой чувствительность в правой руке, сила в руках сохранена, а в ногах снижена до 4 баллов, мышечный тонус в ногах повышен по спастическому типу, сухожильные рефлексy с верхних и нижних конечностей высокие, положительный симптом Бабинского с 2-х

сторон, при выполнении ПНП и КПП отмечается интенция.

При осмотре глазного дна – бледность дисков зрительных нервов с височных половин.

МРТ головного мозга – множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку изменениям на МРТ головного мозга, назначить необходимые методы диагностики.

4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдромы: афферентный парез правой руки, легкий нижний центральный парепарез, мозжечковая атаксия, тазовые нарушения.

2. Поражен спинной мозг в шейном отделе (в боковых столбах – спиноталамические пути, а в задних столбах – пути глубокой чувствительности) и в грудном отделе (пирамидные пути в боковых столбах), а также мозжечок.

3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза; для уточнения диагноза необходимо исследование вызванных потенциалов: зрительных, акустических и соматосенсорных.

4. Вероятный рассеянный склероз.

Задание 11.

Женщина 29-ти лет в течение 5 дней стала замечать неустойчивость при ходьбе и неловкость в руках, стало «неудобно» печатать на компьютере. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где врач выявил неустойчивость в позе Ромберга и отправил пациентку к неврологу.

В неврологическом статусе: нистагм, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и коленно-пяточной пробы справа, повышение тонууса в нижних конечностях по спастическому типу, двухсторонний симптом Бабинского.

При осмотре глазного дна в щелевой лампе: побледнение височных половин дисков зрительных нервов. При повторном осмотре у невролога через три дня выраженность координаторных нарушений существенно уменьшилась.

1. Топический диагноз?

2. Консультацию какого специалиста нужно получить?

3. Клинический диагноз?

4. Обследование?

5. Показана ли госпитализация?

Эталон ответа:

1. Мозжечок (правое полушарие), кортико-спинальные пути с двух сторон (спинной мозг, полушария), зрительные нервы.

2. Невролога.

3. Рассеянный склероз.

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

5. Госпитализация показана.

Задание 12.

У пациента на приеме определяется справа птоз верхнего века, мидриаз, расходящееся косоглазие, отсутствие движений глазного яблока вверх, вниз и кнутри.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

Эталон ответа:

1. Паралич мышц, поднимающих верхнее веко, обеспечивающих движения глазного яблока вверх, вниз и кнутри и мышцы, суживающей зрачок.
2. Поражен глазодвигательный нерв.

Задание 13.

У мужчины выявлено снижение зрения на правый глаз (vis OD=0,2; OS=1,0), отсутствует прямая реакция на свет с сохранением содружественной реакции при освещении левого глаза.

1. Как называется клинический синдром?
2. Что поражено?

Эталон ответа:

1. Амблиопия на правый глаз.
2. Поражен зрительный нерв, через который проходит дуга зрачкового рефлекса на свет.

Задание 14.

На приеме у невролога у женщины выявлено ослабление реакции зрачков на свет при сохранении на аккомодацию и конвергенцию.

1. Как называется клинический синдром?
2. Для каких заболеваний он характерен?

Эталон ответа:

1. Синдром Аргайла-Робертсона.
2. Возникает при поражении среднего мозга вследствие разрыва связи между афферентной и эфферентной частью рефлекторной дуги зрачкового рефлекса, характерен для сифилитического поражения нервной системы.

Задание 15.

У больного выявляется выпадение верхних правых квадрантов полей зрения, зрительные галлюцинации в виде фотопсий.

1. Как называется клинический синдром?
2. Что поражено?

Эталон ответа:

1. Верхняя квадрантная гемианопсия.
2. Очаг поражения в области левой *gyrus linguales* в затылочной доле.

Задание 16.

Во время неврологического осмотра у мужчины 42 лет отмечается сужение зрачка (миоз), сужение глазной щели и западение глазного яблока (энофтальм) справа, зрачковые рефлексы сохранены, движения глазных яблок в полном объеме.

1. Как называется клинический синдром?
2. Какие образования нервной системы поражены?

Эталон ответа:

1. Синдром Горнера-Клода Бернара.
2. Возникает при поражении боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов C8-T1 (цилио-спинального центра), шейных симпатических узлов, стенки внутренней сонной артерии, нисходящих симпатических волокон от гипоталамуса в продолговатом мозге.

Задание 17.

У пациента 37 лет справа опущено верхнее веко, глазное яблоко отклонено кнаружи (расходящееся косоглазие), отсутствуют движения его вверх, вниз и кнутри, правый зрачок расширен и не реагирует на свет. Слева выявляется гемипарез с повышением тонуса мышц, наличием патологических рефлексов, сухожильной гиперрефлексией.

1. Назовите клинический синдром?
2. Где локализация очага поражения?

Эталон ответа:

1. Альтернирующий паралич Вебера.
2. Поражена правая ножка мозга.

Задание 18.

У мужчины 45 лет после операции по поводу удаления опухоли затылочной доли на длительное время исчезла возможность узнавания предметов при зрительном представлении: так, например, изображение очков больной трактует как велосипед: кружок, еще кружок, перекладина.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где локализуется патологический очаг?

Эталон ответа:

1. Синдром оптической агнозии.
2. Поражена затылочная доля.

Задание 19.

На прием обратилась женщина 35 лет. Заболевание развилось год назад с резкого снижения зрения на правый глаз. В течение последующего месяца лечилась у офтальмологов по поводу ретробульбарного неврита зрительного нерва. Зрение улучшилось. Спустя полгода появилось двоение в глазах, слабость ног, шаткость при ходьбе и затруднение при мочеиспускании. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

В неврологическом статусе: острота зрения на правый глаз – 0,6 (коррекция не улучшает зрения), на левый глаз – 1,0. Горизонтальный мелкоамплитудный нистагм. Мышечная сила в верхних и особенно в нижних конечностях снижена. Тонус мышц повышен в разгибателях голеней. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук умеренные, а с ног – высокие. Клонус надколенников и стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо вызываются с обеих сторон. В позе Ромберга неустойчива, пошатывается в обе стороны. Походка атактическая. Пальценосовую и пяточно-коленную пробу выполняет с умеренной интенцией с обеих сторон. Вибрационная чувствительность на ногах снижена.

На глазном дне – побледнение соска правого зрительного нерва.

МРТ головного мозга – множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Назначить недостающие дополнительные методы обследования.
4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдромы: нижний центральный паразетез, мозжечковая атаксия, снижение зрения, расстройство вибрационной чувствительности, расстройство тазовых функций.
2. Поражены пирамидные пути в грудном отделе спинного мозга, задние столбы спинного мозга, мозжечок, зрительный нерв.
3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза.
4. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, стадия обострения.

Задание 20.

В неврологическое отделение поступил парень 22 лет. В 17-летнем возрасте в течение 3-5 дней отмечал двоение при взгляде вправо. Через 2 года появилось пошатывание при ходьбе, больше вправо, слабость в ногах, периодически задержка мочеиспускания, которые прошли после гормональной терапии. Три месяца назад, после стресса вновь почувствовал слабость в ногах и шаткость при ходьбе.

В неврологическом статусе: легкое сходящееся косоглазие справа, диплопия при взгляде вправо, горизонтальный нистагм, скандированная речь, нижний спастический паразетез с высокими сухожильными рефлексами и патологическими рефлексами

Бабинского, отсутствуют брюшные рефлексy, неустойчивость в позе Ромберга, походка с широко расставленными ногами. Мимопопадание и интенционный тремор в правой верхней конечности при выполнении пальценосовой пробы.

На глазном дне – побледнение височных половин дисков зрительных нервов.

МРТ – в белом веществе лобных и височных долей, а также в мозолистом теле множественные очаги демиелинизации.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить данные МРТ, глазного дна и назначить дополнительные методы обследования.
4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдромы: нижний спастический парализ, мозжечковая атаксия, парез правого отводящего нерва, тазовые расстройства.
2. Поражены пирамидные и вегетативные пути в грудном отделе спинного мозга, мозжечок, отводящий нерв.
3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе головного мозга и изменения на глазном дне характерны для рассеянного склероза;
4. Рассеянный склероз ремиттирующее течение, стадия обострения.

Задание 21.

В поликлинику по месту жительства обратилась пациентка 33 лет с жалобами на затруднение при ходьбе из-за шаткости и слабости в ногах, нарушение речи. Болеет в течение 10 лет, заболевание началось с ретроульбарного неврита слева, через 2 месяца зрение восстановилось. Через два года появилось двоение и шаткость при ходьбе, которые прошли после гормональной терапии глюкокортикостероидами. Три года назад вновь появилась шаткость при ходьбе, к которой присоединилась слабость в ногах, онемение в них и дизартрия. Лечилась гормонами, но симптомы полностью не прошли, а стали постепенно нарастать.

В неврологическом статусе: $visus\ OS = 0,8; OD = 1,0$, горизонтальный нистагм, нижний центральный парализ с высоким спастическим мышечным тонусом, высокими коленными и ахилловыми рефлексами, патологическими рефлексами Бабинского, мозжечковая атаксия, гипестезия на ногах с уровня коленных суставов и выпадение вибрационной чувствительности на ногах. На момент осмотра отмечается стабилизация состояния.

МРТ головного мозга: множество гиперинтенсивных очагов демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга.

На глазном дне: бледность дисков зрительных нервов с височных половин.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить данные дополнительного обследования: МРТ головного мозга, глазное дно.
4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдромы: нижний спастический парализ, мозжечковая атаксия, расстройство поверхностной и вибрационной чувствительности, зрительные расстройства, тазовые расстройства.
2. Поражены в грудном отделе спинного мозга пирамидные пути, вегетативные пути для тазовых органов, спиноталамические пути и пути глубокой чувствительности в задних столбах, а также мозжечок и зрительный нерв.
3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга, мозжечка и ствола мозга, а также изменения на глазном дне характерны для рассеянного склероза.

4. Рассеянный склероз, вторично-прогрессирующее течение, стадия обострения.

Задание 22.

На прием к неврологу обратилась девушка 18 лет с жалобами на впервые возникшее резкое снижение зрения на правый глаз после перенесенной ОРВИ, офтальмолог диагностировал ретробульбарный неврит.

В неврологическом статусе: visus OS – 1,0, visus OD – светоощущение. Другой неврологической симптоматики не выявлено.

На глазном дне – без патологии, МРТ головного мозга – без патологии.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Выраженная амблиопия на правый глаз при нормальной картине глазного дна.
2. Поражен правый зрительный нерв на протяжении между глазным яблоком и хиазмой.
3. Ретробульбарный неврит.

Задание 23.

У женщины 30 лет впервые появилась слабость в ногах, шаткость при ходьбе и учащенное мочеиспускание после перенесенного ОРЗ, которые полностью прошли после гормональной терапии. В анамнезе заболевания - полгода назад в течение недели беспокоило двоение в глазах, которое самостоятельно прошло, к врачам не обращался.

В неврологическом статусе: ЧМН - горизонтальный нистагм, снижена сила в ногах до 4 баллов, мышечный тонус в них повышен по спастическому типу, коленные и ахилловы рефлексы высокие с клonusами стоп, патологические рефлексы Бабинского с двух сторон. Пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполняет с интенцией.

Глазное дно без патологии.

МРТ головного мозга - 3 очага демиелинизации в перивентрикулярной области с перифокальным отеком.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Определить дальнейшую тактику наблюдения за больным.

Эталон ответа:

1. Синдромы: нижний спастический парез и мозжечковая атаксия.
2. Поражен спинной мозг в грудном отделе (пирамидные пути в боковых столбах) и мозжечок.
3. Наличие 3 очагов демиелинизации в перивентрикулярной области белого вещества полушарий головного мозга вызывает подозрение на такой диагноз, как рассеянный склероз. Для подтверждения диагноза необходимо провести исследование ликвора, глазного дна и вызванных зрительных потенциалов.
4. Наблюдение невролога, повторная МРТ через 3 месяца с контрастированием для динамики течения заболевания.

Задание 24.

В неврологическое отделение поступила девушка с жалобами на то, что после стресса возникло онемение и неловкость в правой руке, которое держалось две недели и затем самостоятельно прошло. Через полгода онемение в правой руке возобновилось, а также присоединилась слабость в ногах, шаткость при ходьбе и учащенное мочеиспускание.

В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, снижена поверхностная и глубокая чувствительность в правой руке, сила в руках сохранена, а в ногах снижена до 4 баллов, мышечный тонус в ногах повышен по спастическому типу, сухожильные рефлексы высокие, рефлекс Бабинского с двух сторон, ПНП и КПП выполняет с интенцией.

Глазное дно – бледность дисков зрительных нервов с височных половин.

МРТ головного мозга – множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Дать оценку изменениям на МРТ головного мозга, назначить необходимые методы диагностики.
4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдромы: афферентный парез правой руки, легкий нижний центральный парез, мозжечковая атаксия, тазовые нарушения.
2. Поражен спинной мозг в шейном отделе (в боковых столбах - спиноталамические пути, а в задних столбах - пути глубокой чувствительности) и в грудном отделе (пирамидные пути в боковых столбах), а также мозжечок.
3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза; для уточнения диагноза необходимо исследование вызванных потенциалов: зрительных, акустических и соматосенсорных.
4. Вероятный диагноз - рассеянный склероз.

Задание 25.

У мужчины 47 лет на фоне полного здоровья повысилась температура тела до 38°, возникла головная боль и рвота, боли в глазных яблоках.

При неврологическом осмотре: зрачки D=S, ригидность мышц затылка 2 см, симптом Кернига под углом 120°, очаговой неврологической симптоматики не выявлено. На глазном дне отмечается отек дисков зрительных нервов.

Ликвор: давление 250 мм водн.ст., бесцветный, прозрачный, плеоцитоз 300 клеток в 1 мкл. за счет лимфоцитов, белок 0,6 г/л. Содержание сахара и хлоридов в норме.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить состав спинномозговой жидкости.
4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Инфекционный, общемозговой, менингеальный синдромы.
2. Поражены мозговые оболочки.
3. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе свидетельствует о серозном характере воспаления.
4. Острый серозный менингит, средняя степень тяжести.

Задание 26.

У мужчины 34 лет имеется выпадение верхних правых квадрантов полей зрения, зрительные галлюцинации в виде фотопсий.

1. Поставьте топический диагноз?
2. При каких заболеваниях наблюдается данная патология?

Эталон ответа:

1. Очаг поражения – в нижней части левой затылочной доли (язычная извилина).
2. В первую очередь необходимо заподозрить объемное поражение – опухоль головного мозга.

Задание 27.

Пациент 40 лет дезориентирован в пространстве, у него отмечаются зрительная агнозия, сложные зрительные галлюцинации, судорожные припадки со зрительной аурой.

1. Какие отделы большого мозга поражены?

Эталон ответа:

Наружные отделы затылочных долей полушарий большого мозга.

Задание 28.

За несколько секунд до начала генерализованного судорожного припадка у мужчины 55 лет возникает ощущение радужных колец перед глазами, предметы теряют свои очертания и цвет

1. Как называются эти нарушения?
2. Где локализуется патологический очаг?
3. Какого характера данные галлюцинации?
4. Какие зрительные поля заинтересованы?
5. Дальнейшая тактика?

Эталон ответа:

1. Фотопсии.
2. Очаг на медиальной поверхности затылочной доли полушария головного мозга.
3. Простые.
4. Вторичные поля 18, 19.
5. Провести ЭЭГ, назначить противосудорожную терапию.

Задание 29.

Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на головные боли, больше в утренние часы, которые иногда сопровождаются рвотой. Накануне, впервые в жизни, развился приступ клонических судорог в правой кисти, без потери сознания, который длился около 10 мин.

В неврологическом статусе: сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правой руке, особенно кисти до 4 б., сухожильные рефлексы D>S. На глазном дне: начальные явления застоя дисков зрительных нервов.

1. Поставить топический диагноз.
2. Поставить клинический диагноз.
3. Какое обследование необходимо?

Эталон ответа:

1. Поражен средний отдел передней центральной извилины слева.
2. Опухоль головного мозга, с синдромом Джексоновской эпилепсии.
3. МРТ головного мозга.

Задание 30.

На прием к неврологу обратился мужчина 40 лет. Предъявляет жалобы на приступы судорожных подергиваний 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 генерализованные тонико-клонические судороги. Беспокоит также головная боль с рвотой, светобоязнь. После приступа, который длится 2-3 минуты, отмечается слабость в правой руке, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа.

В неврологическом статусе: сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы D>S, выявляются справа патологические рефлексы: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма. Чувствительных расстройств нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Намечена ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 140°.

На глазном дне – застойные диски зрительных нервов. ЭхоЭГ – смещение М-эха слева направо на 7мм. МРТ – слева в лобной доле определяется округлое образование с четкими контурами, дислоцирующее срединные структуры, сдавливающие передний рог левого бокового желудочка.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Дать оценку дополнительным методам обследования.
4. Поставить предварительный клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Общемозговой (головная боль, сопровождающаяся рвотой); очаговый в виде приступов фокальной моторной Джексоновской эпилепсии в правой руке и

вторично-генерализованных эпилептических приступов, а также правосторонней пирамидной недостаточности с центральным парезом VII и XII ЧМН.

2. Поражена передняя центральная извилина в левом полушарии.
3. Изменения на глазном дне в виде застойных дисков зрительных нервов – признак повышения внутричерепного давления; изменения на ЭхоЭГ в виде смещения срединного М-Эхо слева направо на 7мм (при норме не более 3мм) – признак объемного образования в левом полушарии; изменения на МРТ ГМ свидетельствуют о наличии объемного образования в левой лобной доле.
4. Опухоль левой лобной доли с симптоматической эпилепсией в виде фокальных Джексоновских и вторично-генерализованных эпилептических приступов.

Задание 31.

На прием к неврологу обратилась женщина со своим мужем 35 лет с жалобами на то, что он в течение 3х месяцев отмечает ночную головную боль, распирающего характера. Появилось неадекватное поведение, немотивированные поступки, дурашливость, сменяющаяся приступами агрессии. В последнее время стала замечать пошатывание в положении стоя и сидя.

В неврологическом статусе: повышение сухожильных рефлексов слева.

Осмотр офтальмолога выявил на глазном дне признаки «застойных» дисков, больше справа.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Топический диагноз?
3. Консультации каких специалистов целесообразны для уточнения диагноза?
4. Какие методы диагностики можно рекомендовать для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

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

Задание 32.

У больной 43 лет четыре месяца назад появились периодически возникающие приступы «ползания мурашек» в левой половине туловища. Около месяца отмечает снижение болевых ощущений в правой половине туловища, часто не может попасть рукой в левый рукав одежды, испытывает затруднения при одевании обуви на левую ногу. В связи с этим обратилась к врачу по месту жительства.

При неврологическом осмотре: снижение всех видов чувствительности слева.

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

Эталон ответа:

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

Задание 33.

Муж 61-летней больной заметил, что в течение последних трех месяцев, она все хуже понимает обращенную к ней речь, отвечает «бессмыслицей» на вопросы.

При неврологическом осмотре: частичная сенсорная афазия, глубокие рефлексы немного выше справа. Известно, что пациентка страдает гипертонической болезнью (ГБ II АГ 2 Риск ССО 2).

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

Эталон ответа:

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

Задание 34.

На прием к неврологу обратился больной 35-ти лет с жалобами на опоясывающие боли на уровне пупка, существующие 4 месяца. В последнее время стал отмечать нарастающую слабость в правой ноге, появилось легкое затруднение при мочеиспускании.

При неврологическом осмотре: тонус в правой ноге повышен, глубокие рефлексy на нижних конечностях повышены D>S, симптом Бабинского справа, проводниковая гипестезия с уровня пупка слева, снижена вибрационная чувствительность в правой ноге.

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Обследование?

Эталон ответа:

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

Задание 35.

В неврологическом отделении находится мужчина 45 лет. Два месяца назад у него появилось затруднение в подборе слов, нарушилось письмо, 2 недели назад заметил, что из правой руки стали выпадать предметы. В последние три недели стала так же беспокоить сильная, постоянная головная боль, усиливающаяся в утреннее время, сопровождающаяся тошнотой.

В неврологическом статусе: оглушение, частичная моторная афазия, центральный парез правых конечностей.

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Консультация каких специалистов может потребоваться?
4. Нужна ли госпитализация?
5. Обследование?

Эталон ответа:

1. Поражение правой лобной доли.
2. Объемное образование головного мозга (опухоль). Синдром внутричерепной гипертензии.
3. Невролог, нейрохирург.
4. Да, нужна.
5. МРТ головного мозга.

Задание 36.

Мужчина 39 лет в течение последних 7 месяцев беспокоит постепенно нарастающая головная боль, усиливающаяся под утро. Две недели назад присоединилась рвота, снижение зрения на оба глаза и пошатывание при ходьбе влево.

В неврологическом статусе: со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Тонус в левых конечностях снижен, координаторные пробы плохо выполняет левыми конечностями (интенционный тремор, мимопопадание). При обследовании офтальмологом выявлены застойные диски зрительного нерва с 2-х сторон.

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

Эталон ответа:

1. Левое полушарие мозжечка.

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

Задание 37.

В неврологическом отделении находится больная 43 лет, которая страдает 3 месяца упорной головной болью распирающего характера. Полгода назад начались и повторяются два раза в месяц приступы клонических судорог в левой стопе, с последующим переходящим парезом стопы.

При неврологическом осмотре: слева повышение глубоких рефлексов, положительный симптом Бабинского.

Глазное дно: расширение вен сетчатки.

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

Эталон ответа:

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

Задание 38.

У пациента 46 лет в течение последнего месяца периодически появляются насильственные повороты головы влево, клонико-тонические судороги в левой руке без потери сознания, после которых в течение нескольких часов сохраняется слабость в левой руке.

При неврологическом осмотре: со стороны черепных нервов - выявляется сглаженность левой носогубной складки, глубокие рефлексы высокие, S>D, положительный симптом Бабинского слева.

1. Топический диагноз?
2. Предположительный клинический диагноз?
3. Обследование?

Эталон ответа:

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

Задание 39.

На прием к неврологу обратилась женщина 50 лет с жалобами сильную головную боль, частую рвоту, шаткость при ходьбе.

При неврологическом осмотре: со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Парезов в конечностях нет. Тонус в левых конечностях снижен. В позе Ромберга падает влево, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и коленно-пяточной проб слева.

1. Топический диагноз?
2. Предположительный клинический диагноз?
3. Обследование?

Эталон ответа:

1. Левое полушарие мозжечка.
2. Объемное образование левого полушария мозжечка (опухоль?).
3. МРТ, КТ головного мозга.

Задание 40.

Мужчина-флейтист 57 лет, работающий в симфоническом оркестре, обнаружил, что в последнее время не узнает ранее известные ему мелодии произведений классической музыки, но при этом может играть, пользуясь нотами (партитурой). В связи с данными жалобами, обратился за консультацией к врачу по месту жительства.

При сборе анамнеза заболевания, врач выяснил, что в течение последних двух месяцев мужчину беспокоит упорная головная боль, сопровождающаяся тошнотой и иногда рвотой. Головная боль не связана с колебаниями артериального давления, прием анальгетиков не влияет на интенсивность головной боли. Отмечает уменьшение головной боли после приема диуретиков.

При неврологическом осмотре очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

1. Топический диагноз?
2. Предположительный клинический диагноз?
3. Обследование?
4. Нужна ли консультация каких-либо специалистов?

Эталон ответа:

1. Поражение правой височной доли.
2. Объемное образование правой височной доли (опухоль?).
3. Методы нейровизуализации (МРТ, КТ).
4. Невролог, нейрохирург.

Задание 41.

На прием к врачу обратился мужчина 45 лет, которого в течение двух месяцев беспокоят постоянные головные боли распирающего характера, усиливающиеся в утренние часы. В течение последней недели утром на высоте головных болей возникает рвота, появилась и нарастает слабость в правых конечностях

При обследовании: снижение мышечной силы в правых конечностях до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. центральный правосторонний гемипарез, гипертензионный синдром
2. прецентральная извилина слева
3. левосторонняя опухоль в области прецентральной извилины (задние отделы лобной доли)
4. МРТ
5. Нейрохирургия

Задание 42.

На прием к врачу обратилась женщина 76 лет, у которой в течение года отмечались приступы клонических судорог в левой стопе, которые постепенно распространялись на всю ногу и далее на руку без потери сознания и продолжались на протяжении нескольких минут. За последний месяц приступы участились и стали ежедневными. Пациентку стали беспокоить головные боли распирающего характера, появилась и постепенно нарасла слабость в левых конечностях. Последний припадок сопровождался утратой сознания и непроизвольным мочеиспусканием.

При обследовании: мышечная сила в руке снижена до 4-х баллов, в ноге – до 2-х баллов, слева повышены сухожильные рефлексы и вызывается симптом Бабинского, снижение болевой и температурной чувствительности на левой половине тела. При осмотре окулистом выявлены застойные изменения на глазном дне.

1. Неврологические синдромы?

2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. Центральный левосторонний гемипарез, гемигипестезия – церебральный тип, судорожный, гипертензионный синдромы, джексоновская эпилепсия.
2. Справа, корковое вещество, лобная доля
3. Опухоль правого полушария головного мозга
4. КТ, МРТ
5. Хирургическое лечение, лучевая терапия

Задание 43.

В поликлинику обратилась женщина 65 лет, которая в течение последних 5 лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. В течение последнего года появились и нарастают головные боли, головокружение и шаткость походки.

При обследовании: снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, легкая слабость всех мимических мышц справа, утрачена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка справа, потерян слух на правое ухо, спонтанный горизонтальный нистагм вправо, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб в правых конечностях, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с отклонением вправо.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. гипестезия правой половины лица, агевзия передних 2/3 языка, правосторонний периферический парез мимической мускулатуры, гипоакузия, мозжечковая атаксия
2. поражение лицевого нерва в области мостомозжечкового угла
3. опухоль мостомозжечкового угла
4. МРТ
5. операция

Задание 44.

В поликлинику обратилась женщина 25 лет, со слов в течение двух лет отмечает нарушения менструального цикла. На протяжении последнего года появились и постепенно нарастают головные боли сжимающего характера, а также снижение зрения.

При обследовании: выпадение боковых (наружных) полей зрения, других неврологических нарушений нет. В сыворотке крови резко повышено содержание пролактина. При рентгеновском исследовании черепа выявлено частичное разрушение стенок «гулецкого седла».

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. амблиопия, битемпоральная гемианопсия
2. внутри - зрительный перекрест
3. опухоль гипофиза
4. МРТ
5. хирургическое удаление, лучевая терапия, противоопухолевые средства,

постельный режим

Задание 45.

На прием к врачу обратился мужчина 50 лет, год назад перенес операцию по поводу центрального рака легкого, в течение двух месяцев отмечает приступы клонических судорог в правой кисти длительностью несколько минут без утраты сознания. В последние две недели в момент приступов отмечает расстройство речи - не может произносить слова, однако, понимает обращенную речь.

При неврологическом осмотре отмечаются оживление сухожильных и периостальных рефлексов на правых конечностях, симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур мозга слева направо на 5 мм.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. моторная афазия, центральный правосторонний гемипарез, простой парциальный моторный припадок
2. зона Брока
3. опухоль задних отделов лобной доли – нижняя лобная извилина
4. МРТ.
5. хирургическое удаление, лучевая терапия, противоопухолевые средства, постельный режим.

Задание 46.

На прием к врачу обратилась женщина 64 лет, предъявляет жалобы на постепенно нарастающее «ощущение неловкости» в левой руке, которое затрудняет выполнение привычной работы. Впервые подобные ощущения возникли 3 года назад, однако, к врачу обратилась только в настоящее время.

При неврологическом обследовании: оживление сухожильных и периостальных рефлексов в левых конечностях, умеренное повышение мышечного тонуса по спастическому типу в них, симптом Бабинского слева, легкое снижение болевой и температурной чувствительности в левых конечностях, преимущественно в руке, астереогноз слева. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга справа налево на 5 мм.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. центральный левосторонний гемипарез, гемигипестезия по проводниковому типу, астереогноз слева.
2. пред- или постцентральная извилина
3. опухоль справа. в области лобно-теменной области
4. МРТ.
5. хирургическое удаление, лучевая терапия, противоопухолевые средства, постельный режим.

Задание 47.

К врачу обратился мужчина 63 лет, предъявляет жалобы на снижение зрения на «левый глаз» и головные боли. Два года назад больной обнаружил у себя в правой затылочной области под кожей небольшое опухолевое образование. Постепенно оно увеличивалась в размерах, в течение последнего года больного стали беспокоить головные

боли и снижение зрения. Головные боли носят распирающий характер, усиливаются в утренние часы.

При пальпации правой затылочной области у больного определяется умеренно болезненное образование, которое имеет плотно эластическую консистенцию и размеры 4×3×2 см.

При обследовании выявлено выпадение левых полей зрения, других неврологических нарушений нет. При рентгеновском исследовании черепа в проекции патологического образования обнаружена зона деструкции кости размером 4×3 см. При осмотре окулиста выявлены застойные диски зрительных нервов.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. гомолатеральная левосторонняя гемипарезия, гипертензионный синдром
2. В. опухоль в области зрительного тракта, затылочная доля
3. МРТ.
4. хирургическое удаление, лучевая терапия, противоопухолевые средства, постельный режим

Задание 48.

В больницу поступил мужчина 51 года с жалобами на слабость в левых конечностях. Слабость появилась три месяца назад и постепенно нарастает.

При обследовании: снижение мышечной силы в левых конечностях до 3 баллов в руке и 4 баллов в ноге, оживление глубоких рефлексов слева, легкое повышение мышечного тонуса в левых конечностях по спастическому типу, симптом Бабинского слева.

При осмотре глазного дна окулист выявил у пациента застойные диски зрительных нервов с двух сторон.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. центральный левосторонний гемипарез, гипертензионный синдром
2. В опух. лобной доли справа
3. МРТ.
4. хирургическое удаление, лучевая терапия, противоопухолевые средства, постельный режим.

Задание 49.

К врачу обратился мужчина 29 лет с жалобами на головную боль и шаткость походки. Впервые неустойчивость при ходьбе отметил два года назад, в течение последних трех месяцев стали беспокоить постепенно усиливающиеся головные боли распирающего характера, на высоте которых возникает рвота. Головная боль нарастает в положении лежа на правом боку.

При обследовании: спонтанный горизонтальный нистагм влево, легкое диффузное снижение мышечного тонуса, несколько преобладающее в левых конечностях, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с отклонением туловища влево, промахивание и интенционный тремор при выполнении пальцевосовой и пяточно-коленной проб, более выраженное в левых конечностях.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?

3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. мозжечковая атаксия, гипертензионный синдром.
2. левое полушарие мозжечка.
3. левосторонняя опухоль мозжечка.
4. МРТ.
5. хирургическое удаление, лучевая терапия, противоопухолевые средства, постельный режим.

Задание 50.

В поликлинику обратилась женщина 68 лет, со слов, в течение 6 месяцев отмечаются нарушение походки и изменения личности, которые постепенно нарастают.

При обследовании: больная дезориентирована в месте и времени, эйфорична, у неё снижена критика к своему состоянию, обоняние утрачено справа, глубокие рефлексы оживлены слева, тонуса мышц повышен по спастическому типу в левых конечностях, симптом Бабинского слева, в пробе Ромберга и при ходьбе неустойчива.

При осмотре глазного дна – застойные изменения дисков зрительных нервов, которые преобладают справа.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. центральный левосторонний гемипарез, аносмия, анозогнозия, гипертензионный синдром
2. В. опухоль лобной доли справа
3. МРТ.
4. хирургическое удаление, лучевая терапия, противоопухолевые средства, постельный режим

Задание 51.

В поликлинику обратился мужчина 53 лет, который предъявляет жалобы на постоянные головные боли распирающего характера, усиливающиеся в утренние часы. Головные беспокоят в течение четырех месяцев и постепенно нарастают, в течение последней недели утром на высоте головных болей возникает рвота.

При обследовании: снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, повышение сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. При проведении эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга справа налево на 7 мм.

На глазном дне: выраженный застой дисков зрительных нервов.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. центральный левосторонний гемипарез, гипертензионный синдром
2. В. опухоль лобной доли справа
3. МРТ.
4. хирургическое удаление, лучевая терапия, противоопухолевые средства, постельный режим.

Задание 52.

В поликлинику обратился мужчина 64 лет, который предъявляет жалобы на снижение слуха на правое ухо в течение последних 5 лет. В течение последнего года появились и нарастают головные боли, головокружение, неустойчивость при ходьбе и изменение почерка.

При обследовании: снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, слабость всех мимических мышц справа, потеря вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка справа, утрата слуха на правое ухо, спонтанный горизонтальный нистагм влево, интенционный тремор в правых конечностях при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб, неустойчивость в пробе Ромберга (отклонение вправо), снижение мышечного тонуса и глубоких рефлексов в правых конечностях.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. парез периферической мимической мускулатуры справа, агевзия справа, мозжечковая атаксия, спонтанный горизонтальный нистагм влево
2. невринома мостомозжечкового угла
3. опухоль вис области.
4. консультация отоневролога, МРТ, нейрохирургия
5. нейрохирургия

Задание 53.

В поликлинику обратился мужчина 47 лет, из анамнеза известно, что 6 месяцев назад произведена правосторонняя пульмонэктомия по поводу рака легкого, месяц назад впервые в жизни развился приступ клонических судорог в правых конечностях длительностью несколько минут без утраты сознания. Затем повторилось еще 5 сходных приступов. После последнего из них возникли нарушение речи и слабость в правых конечностях, появилась и стала быстро нарастать головная боль.

При обследовании: собственная речь больного отсутствует, обращенную речь понимает, слабость в правой руке до 2-х баллов, в правой ноге – до 4-х баллов, в правых конечностях повышены глубокие рефлексы, повышен мышечный тонус по спастическому типу, симптом Бабинского. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга слева направо на 5 мм.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. - моторная афазия, правосторонний центральный гемипарез в руке до 2Б, в ноге до 4Б, судорожный синдром, гипертензионный синдром.
2. В. Опухоль. кора лобной доли левого полушария ГМ (нижняя лобная извилина-зона Брока) + предцентральная извилина
3. МРТ
4. если одиночный метастаз – операция, если множественный – симптоматическое лечение

Задание 54.

В поликлинику обратилась женщина 62 лет, предъявляет жалобы на постепенно нарастающее ощущение «неловкости» и слабости в правой руке, что затрудняет выполнение привычной работы. Впервые подобные ощущения стала отмечать два года назад, они постепенно нарастали.

При неврологическом обследовании: повышение глубоких рефлексов в правых конечностях, умеренное повышение мышечного тонуса по спастическому типу в них, симптом Бабинского справа, легкое снижение болевой и температурной чувствительности в правой руке, астереогноз справа. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга слева направо на 5 мм.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. центральный правосторонний гемипарез, правосторонняя гемигипестезия, нарушение чувствительности – астереогноз

2. теменная доля
3. опухоль слева
4. КТ, МРТ контрастная
5. хирург + противоопухолевая и лучевая терапии

Задание 55.

В поликлинику обратился мужчина 33 лет, предъявляет жалобы на усиливающуюся в течение последнего года шаткость при ходьбе. Последний месяц стали беспокоить постепенно усиливающиеся головные боли распирающего характера, на высоте которых после ночного сна возникает рвота.

При неврологическом обследовании: горизонтальный нистагм влево, легкое диффузное снижение мышечного тонуса, несколько преобладающее в левых конечностях, неустойчивость в пробе Ромберга с отклонением влево, промахивание и интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб в левых конечностях.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. горизонтальный нистагм влево, мозжечковая атаксия, левосторонний периферический гемипарез, гипертензионный синдром

2. опухоль мозжечка или его ножек
3. левосторонняя опухоль в области мозжечка
4. МРТ, нейрохирургия
5. нейрохирургия

Задание 56.

В больницу доставлен мальчик 15 лет, из анамнеза известно, что на уроке физкультуры в школе упал и ударился головой. В течение нескольких секунд находился в бессознательном состоянии. В дальнейшем беспокоила головная боль, головокружение, возникла однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы.

При обследовании предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит.

В неврологическом статусе не выявляется нарушений. При рентгеновском исследовании костей черепа не обнаружено патологических изменений.

1. Предварительный клинический диагноз?
2. Дополнительные методы исследований?
3. Врачебная тактика?

Эталон ответов:

1. Сотрясение головного мозга

2. КТ, МРТ при ухудшении состояния, эхо. Глазное дно.
3. Постельный режим, анальгетики, седативные средства

Задание 57.

В больницу доставлен мужчина 29 лет пострадавший в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой. После травмы отмечалась потеря сознания длительностью около 5 минут, затем возникала однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы

При обследовании пациент предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит.

В неврологическом статусе: дезориентирован в месте и времени, менингеальных симптомов нет, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

При рентгенологическом исследовании выявлен линейный перелом лобной кости справа.

1. Предварительный клинический диагноз?
2. Дополнительные исследования?
3. Тактика лечения?

Эталон ответов:

1. Открытая ЧМТ. Ушиб головного мозга, внутримозговая гематома
2. КТ, окулист, ЭхоЭС
3. Нормализация дыхания, стабильн. АД, профилактика осложнений. При повышении внутричерепного давления используют гипервентиляцию, в/в 100-200 мл 20% маннитола, кавинтон 15-30 мг сут, церебролизин (для улучшения метаболических процессов)

Задание 58.

В больницу доставлен мужчина 34 лет, который накануне был избит неизвестными. Во время избиения получил удары по голове, потерял сознание на несколько минут. После возвращения сознания отмечались головная боль, многократная рвота.

При обследовании в стационаре, в который поступил через час травмы, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту.

При осмотре: дезориентирован в месте и времени, обстоятельства травмы не помнит.

В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа.

При КТ головы выявляется зона патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюса левой лобной доли с небольшими участками повышенной плотности.

1. Неврологические синдромы?
2. Клинический диагноз?
3. Тактика лечения?

Эталон ответов:

1. Менингеальный синдром, двусторонний горизонтальный нистагм, правосторонний центральный парез,
2. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние+ушиб
3. ненаркотические анальгетики, нормализация АД, антифибринолитические препараты, нимодипин для профилактики спазма мозговых артерий

Задание 59.

В больницу доставлен мужчина 37 лет пострадавший в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой и потерял сознание. Доставлен в стационар через 1 час после травмы.

При осмотре в приемном отделении отмечена обширная подкожная гематома в левой височной области.

В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и

симптом Кернига с двух сторон, оживление сухожильных и периостальных рефлексов с преобладанием справа, симптом Бабинского с обеих сторон.

При рентгенологическом исследовании выявлен перелом чешуи левой височной кости.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Врачебная тактика?

Эталон ответов:

1. расстройство сознания, менингеальный синдром, центральный правосторонний гемипарез

2. Эпидуральная гематома

3. Кровать, Нормализация дыхания, стабилизация АД, профилактика осложнений.

При повышении внутричерепного давления используют гипервентиляцию, в/в 100-200 мл 20% маннитола, кавинтон 15-30 мг сут., церебролизин (для улучшения метаболических процессов), когда выйдет из комы – возможно хирургическое вмешательство

Задание 60.

В больницу доставлена женщина 44 лет пострадавшая в ДТП. В момент аварии находилась в автомобиле, ударила головой. После аварии в сознание не приходила. Доставлена бригадой «Скорой медицинской помощи» в стационар через 40 минут после травмы.

При осмотре в правой височной области выявлена ушибленная рана мягких тканей.

В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует, в левых конечностях движения отсутствуют, симптом Бабинского слева.

При рентгенологическом исследовании выявляется перелом чешуи правой височной кости. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур влево на 7 мм.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы исследования?
5. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. расстройство сознания, менингеальный синдром, левосторонний центральный гемипарез, синдром внутренней офтальмоплегии (анизокория), синдром вебера, раздражение мозговых оболочек, патологические рефлексы, плегия

2. Правая височная область

3. субдуральная гематома

4. КТ, МРТ

5. Хирургическое удаление гематомы. Нормализация дыхания, стабилизация АД, профилактика осложнений. При повышении внутричерепного давления используют гипервентиляцию, в/в 100-200 мл 20% маннитола, кавинтон 15-30 мг сут., церебролизин (для улучшения метаболических процессов), когда выйдет из комы – возможно хирургическое вмешательство

Задание 61.

В стационар бригадой СМП доставлен мужчина 27 лет, из анамнеза известно, что попал в ДТП, был сбит машиной.

При обследовании в стационаре больной в состоянии психомоторного возбуждения, дезориентирован в месте, времени и собственной личности, сопротивляется осмотру.

В неврологическом статусе: ригидность мышц шеи, симптом Кернига с обеих сторон, спонтанный горизонтальный нистагм в обе стороны, других нарушений не выявляется. При КТ головы обнаружены зоны патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюсов лобных долей с небольшими участками высокоплотных вкраплений в них.

Признаков компрессии и дислокации головного мозга нет.

1. Клинический диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Прогноз заболевания?

Эталон ответов:

1. Ушиб + гематома. Пространственная агнозия. Раздражение мозговых оболочек.
2. Транквилизатор, нормализация дыхания, стабильность АД, профилактика осложнений. При повышении внутричерепного давления используют гипервентиляцию, в/в 100-200мл 20% маннитола, кавинтон 15-30 мг сут., церебролизин (для улучшения метаболических процессов)
3. Шкала Глазго: выживаемость при 6-7 баллах – 44%, при 5 – 18%, при 3 – 5%.

Задание 62.

В стационар бригадой СМП доставлена женщина 24 лет, из анамнеза известно, что была сбита машиной, при падении ударилась затылком о тротуар и утратила сознание на несколько минут. Придя в сознание, ощутила головную боль и тошноту, смогла самостоятельно встать и дойти до поликлиники, откуда была госпитализирована в стационар.

В стационаре предъявляла жалобы на сильные головные боли и тошноту, при внешнем осмотре на коже затылочной области отмечена ссадина, в неврологическом статусе не выявлено патологических изменений. Спустя 6 часов после травмы возникло кратковременное психомоторное возбуждение, после которого развились расстройство сознания до уровня глубокого оглушения и слабость в левых конечностях до 3-х баллов с оживлением сухожильных и периостальных рефлексов и симптомом Бабинского. При эхоэнцефалоскопии обнаружено смещение срединных структур на 6 мм справа налево.

1. Неврологические синдромы? Локализация поражения?
2. Предварительный клинический диагноз? Чем обусловлено ухудшение состояния к вечеру?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. Расстройство сознания, левосторонний центральный гемипарез, патологические рефлексы. Корково-спинномозговой путь.
2. Субдуральная гематома. Закончился светлый промежуток
3. КТ, МРТ, рентгенография
4. Хирургическое удаление гематомы. Нормализация дыхания, стабильность АД, профилактика осложнений. При повышении внутричерепного давления используют гипервентиляцию, в/в 100-200 мл 20% маннитола, кавинтон 15-30 мг сут., церебролизин (для улучшения метаболических процессов), когда выйдет из комы возможно хирургическое вмешательство

Задание 63.

В стационар бригадой СМП доставлен подросток 15 лет, из анамнеза известно, что получил удар по голове тяжелым предметом, после чего утратил сознание в течение нескольких секунд. Придя в сознание, он жаловался на сильную головную боль и тошноту, была однократная рвота. Через 15 минут постепенно нарушилось сознание. Бригадой «Скорой медицинской помощи» был доставлен в стационар.

При обследовании в стационаре угнетение сознания до уровня сопора, в ответ на болевое раздражение в левых конечностях возникают активные движения, в правых конечностях они отсутствуют, отмечается симптом Бабинского с двух сторон.

При эхоэнцефалоскопии установлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. При рентгенографии черепа выявлена трещина левой теменной кости.

1. Неврологические синдромы? Локализация поражения?

2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. расстройство сознания, правосторонний центральный гемипарез, пареза. Угнетение сознания. Расстройства чувствительности. Патологический рефлекс. Корково-спинномозговой путь.

2. Субдуральная гематома
3. КТ, МРТ, рентгенография

4. Хирургическое удаление гематомы. Нормализация дыхания, стабильность АД, профилактика осложнений. При повышении внутричерепного давления используют гипервентиляцию, в/в 100-200 мл 20% маннитола, кавинтон 15-30 мг сут., церебролизин (для улучшения метаболических процессов), когда выйдет из комы возможно хирургическое вмешательство

Задание 64.

В больницу обратился мужчина 64 лет с жалобами на головную боль и тошноту, которые отмечаются в течение последних 3 недель и постепенно усиливаются. В последние 3 дня на высоте приступа головной боли по утрам возникла рвота. Головные боли начались после травмы: больной поскользнулся и упал на улице, ударился головой. После травмы отмечались кратковременная утрата сознания, головная боль, тошнота. К врачу не обращался.

При осмотре в неврологическом статусе – повышение сухожильных и периостальных рефлексов с левых конечностей, симптом Бабинского слева.

При исследовании глазного дна окулист выявил начальные признаки застойных изменений дисков зрительных нервов. При эхоэнцефалоскопии обнаружено смещение срединных структур мозга справа налево на 9 мм.

1. Неврологические синдромы? Локализация поражения?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. Левосторонний центральный гемипарез. Прецентральная извилина

2. Хроническая субдуральная гематома

3. КТ, МРТ, рентгенография

4. Хирургическое удаление гематомы. Нормализация дыхания, стабильность АД, профилактика осложнений. При повышении внутричерепного давления используют гипервентиляцию, в/в 100-200 мл 20% маннитола, кавинтон 15-30 мг сут., церебролизин (для улучшения метаболических процессов), когда выйдет из комы возможно хирургическое вмешательство

Задание 65.

В стационар бригадой СМП доставлен мужчина 21, который лет был избит на улице, получил удар тяжелым предметом по голове. Возникли кратковременная утрата сознания, однократная рвота, умеренная головная боль. Смог самостоятельно дойти до дома, за медицинской помощью не обращался. Через 3 часа после травмы отметил нарастание головной боли и слабость в левых конечностях. Доставлен в стационар бригадой «Скорой медицинской помощи».

При обследовании в стационаре выявлено угнетение сознания до степени оглушения, снижение мышечной силы в левых конечностях до 3-х баллов, повышение сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева.

При осмотре головы в мягких тканях теменно-височной области слева найдена обширная гематома.

При рентгенографии черепа обнаружен линейный перелом чешуи левой височной кости.

1. Неврологические синдромы? Локализация поражения?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. Синдром нарушения сознания в виде оглушения, центральный левосторонний гемипарез, патологический рефлекс, угнетение сознания. Теменно-височная область
2. закрытая ЧМТ, субдуральная гематома
3. КТ, МРТ
4. срочное хирургическое вмешательство, строгий постельный режим

Задание 66.

В поликлинику обратилась женщина 37 лет, из анамнеза известно, что после автомобильной аварии и травмы головы в течение трех месяцев находилась на стационарном, а затем амбулаторном лечении с диагнозом «Ушиб головного мозга средней тяжести». На фоне проведенного лечения состояние больной постепенно улучшилось, вернулась к работе.

Спустя 3 месяца после выхода на работу у больной возобновились головные боли, которые стали постепенно нарастать. Стала отмечать шаткость при ходьбе.

При обследовании выявлена неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, асинергия Бабинского.

При осмотре окулиста обнаружены застойные диски зрительных нервов.

1. Неврологические синдромы? Локализация поражения?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. Нарушение оттока внутритканевой жидкости от части зрительного нерва, находящейся в глазнице, мозжечковая атаксия, гипертензионный синдром. Хроническая субдуральная гематома.

2. Восстановление неврологической симптоматики. Ушиб ГМ.

3. КТ, МРТ.

4. хирургическое удаление гематомы, анальгетики; кавинтон, нимодипин, пирацетам, церебролизин; маннитол, глицерол, фуросемид.

Задание 67.

В стационар бригадой СМП доставлена женщина 45 лет, была сбита автомобилем. В момент травмы ударилась головой, после чего развилось нарушение сознания. Бригадой «Скорой медицинской помощи» больная доставлена в стационар.

При КТ головы очагов патологического изменения плотности мозгового вещества не выявлено, желудочковая система обычных размеров. В течение последующих 9 суток больная находится в состоянии комы.

При осмотре: кома, спонтанное дыхание возможно, но неадекватно, вследствие чего проводится искусственная вентиляция легких в режиме вспомогательной вентиляции. Артериальное давление 120/75 мм рт.ст., пульс 65 ударов в минуту. Зрачки обычной величины, их реакция на свет сохранена. Отмечается диффузное повышение мышечного тонуса в конечностях с обеих сторон, преобладающее в мышцах-экстензорах, выявляется двухсторонний симптом Бабинского. В ответ на болевое раздражение четкой двигательной реакции нет.

При повторной КТ головы также не обнаружено очагов патологического изменения плотности мозгового вещества.

1. Клинический диагноз?

2. Вероятный характер морфологических изменений мозга? Механизм травмы, способный вызвать подобные морфологические изменения?
3. Лечебная тактика? Прогноз заболевания?

Эталон ответов:

1. Сотрясение головного мозга
2. Диффузное аксональное повреждение. Деструктивная кома. Ишемия
3. Подъем головного конца кровати, контроль темп тела, поддержание адекватного давления. Адекватная вентиляция легких, стабилизация системного кровообращения, нормализация температуры тела, противоотечная при необходимости. Прогноз неблагоприятный.

Задание 68.

В стационар бригадой СМП доставлен мужчина 22 лет, из анамнеза известно, что был избит, получил удар тяжелым предметом по голове. Отмечалась кратковременная утрата сознания, в дальнейшем беспокоила головная боль, была однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы.

Предъявляет жалобы на головные боли, тошноту, слабость в левой руке. При осмотре в правой теменной области выявляется ушибленная рана мягких тканей головы.

В неврологическом статусе отмечаются слабость левой руки со снижением мышечной силы преимущественно в кисти до трех баллов, снижение болевой и температурной чувствительности в левой кисти.

При рентгенографии черепа выявляется многооскольчатый перелом передних отделов теменной кости справа с внедрением костных фрагментов в полость черепа на глубину около 2 см.

1. Неврологические синдромы? Локализация поражения?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. левосторонняя гипестезия кисти, левосторонний периферический парез кисти. Постцентральная извилина на противоположной стороне, нарушение чувствительности. Теменная доля. Задние отделы лобной доли.
2. Перелом костей черепа. Гематома.
3. КТ
4. Нейрохирургия. хирургическое удаление гематомы, анальгетики; кавинтон, нимодипин, парацетам, церебролизин; маннитол, глицерол, фуросемид.

Задание 69.

В стационар бригадой СМП доставлен мужчина 46 лет пострадавший в ДТП. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. Со слов сопровождающих, после травмы отмечалась утрата сознания длительностью около 10 минут. После травмы развились многократная рвота, кровотечение из левого уха.

Больной предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, тошноту. Он дезориентирован в месте и времени, обстоятельства травмы не помнит. Отмечается истечение слегка розоватой жидкости из наружного слухового прохода слева.

В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, повышение сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа.

При рентгенографии черепа обнаружен перелом чешуи и пирамиды левой височной кости.

1. Неврологические синдромы? Локализация поражения?
2. Предварительный клинический диагноз? С чем связано истечение жидкости из

наружного слухового прохода?

3. Дополнительные методы исследования и их вероятные результаты?
4. Лечебная тактика?

Эталон ответов:

1. ликворея из левого уха, центральный правосторонний гемипарез, менингеальный синдром, вестибулярный синдром, гипертензивный синдром, пространственная агнозия, ретроградная амнезия. Патологические и повышенные рефлексы. Прецентральная извилина, пирамидный тракт. Раздражение мозговых оболочек, перелом костей основания черепа.

2. Оторрея. ОЧМТ. Субарахноидальное кровоизлияние

3. КТ – ушиб или гематома.

4. Нейрохирургия. Антибиотики для профилактики инфекции. Противоотечная терапия. Гипервентиляция. Барбитураты. маннитол, глицерол, фуросемид, гипервентиляция, строгий постельный режим

Задание 70.

В стационар обратился мужчина 19 лет, известно, что получил травму во время занятий спортом: упал во время бега, ударился головой, потерял сознание на несколько секунд. Придя в сознание, ощутил головную боль, головокружение и тошноту. Обратился за медицинской помощью через 3 часа после травмы в связи с сохраняющейся головной болью и тошнотой.

При осмотре в неврологическом статусе не выявлено нарушений.

Рентгенография черепа не показала патологических изменений. При эхоэнцефалоскопии не обнаружено смещения срединных структур головного мозга.

1. Клинический диагноз?
2. Врачебная тактика?
3. Прогноз заболевания?

Эталон ответов:

1. Сотрясение головного мозга.

2. Покой и симптоматическая терапия. Анальгетики, противорвотные – церукал

3. Благоприятный. Седативные, купирующие головокружение – бетасерк.

Задание 71.

В больницу поступила девушка 15 лет с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в стопах ("ощущение поролона под ногами"). Заболела за 4 дня до поступления в больницу, когда отметила онемение и боли в ногах, к которым постепенно присоединилась слабость сначала в ногах, затем в руках и мимических мышцах лица. За 2 недели до поступления были проявления острой респираторной вирусной инфекции.

При поступлении отмечались слабость мимических мышц с левой стороны, слабость в ногах до 2-х баллов, в руках до 3-х баллов, гипотония мышц, отсутствие сухожильных рефлексов с ног и с рук, положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по типу "носков".

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования и их вероятные результаты?
5. Лечение?

Эталон ответов:

1. Расстройство чувствительности по полиневральному типу, периферический тетрапарез, парестезии

2. Периферические нервы

3. острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре

4. исследование ликвора (увеличение уровня белка), ЭНМГ (снижение скорости, амплитуды ответа)

5. в/в иммуноглобулин, плазмаферез

Задание 72.

В поликлинику обратился мужчина 30 лет с жалобами на онемение, жжение, покалывание в стопах, пальцах рук, слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе, особенно в темноте. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3-4 месяцев. Длительное время злоупотребляет алкоголем.

Объективно: слабость до 4-х баллов в дистальных отделах рук и до 3-х баллов в дистальных отделах ног, гипотрофия мышц конечностей с преобладанием в дистальных отделах, отсутствие ахилловых и карпорадиальных рефлексов, снижение всех видов чувствительности по типу "перчаток" и "носков", положительная проба Ромберга, промахивание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб с закрытыми глазами.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования и их вероятные результаты?
5. Лечение?

Эталон ответов:

1. Сенситивная атаксия, полиневральный тип расстройства чувствительности
2. периферические нервы
3. Полиневропатия
4. ЭМГ, ЭНМГ
5. Отказ от алкоголя, нейрометаболическая терапия, гимнастика, массаж, физиотерапия

Задание 73.

В поликлинику обратилась женщина 54 лет с жалобами на боли, онемение, жжение, ощущение покалывания в стопах. Эти жалобы беспокоят в течение 4-х месяцев. Страдает инсулин-независимым сахарным диабетом, в течение 3-х лет, принимает манинил, уровень сахара в крови натощак в пределах 8-10 ммоль/л.

В неврологическом статусе: снижение болевой и температурной чувствительности по типу "носков", гиперпатия в области стоп, отсутствие ахилловых рефлексов, трофические изменения кожи обеих стоп.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования и их вероятные результаты?
5. Лечение?

Эталон ответов:

1. полиневральный тип расстройства чувствительности
2. Поражение периферических нервов
3. Диабетическая полинейропатия
4. ЭМГ, ЭНМГ
5. Основного заболевания

Задание 74.

В поликлинику обратилась женщина 31 года, известно, что через 12 дней после родов почувствовала онемение в стопах, пошатывание при ходьбе, ощущение «стельки» под ногами, затруднения при подъеме по лестнице, при вставании со стула. Через 3 дня к этим жалобам присоединились онемение пальцев рук, затруднения при поднимании рук. Еще через 2 дня выросла слабость в руках и ногах, больная не смогла самостоятельно ходить, и она была госпитализирована в неврологическое отделение.

При обследовании: умеренно выраженная слабость всех мимических мышц с обеих сторон, слабость в конечностях до одного балла в ногах и трех баллов в руках с

преобладанием в проксимальных отделах, мышечная гипотония, отсутствие сухожильных рефлексов, положительные симптомы Ласега и Вассермана, снижение всех видов чувствительности по типу «носков» и «перчаток».

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования и их вероятные результаты?
5. Лечение, если подтвердится предварительный клинический диагноз?

Эталон ответов:

1. Парестезии, слабость мышц, арефлексия, проводниковый тип расстройства чувствительности
2. Сегментарная демиелинизация в передних корешках, периферических нервах, сплетениях, вегетативных узлах
3. Синдром Гийена-Барре
4. ЭМГ, ЭНМГ – замедление скорости, биопсия. Белок при люмбальной пункции
5. Плазмаферез, иммуноглобулин, массаж, гимнастика, гепарин

Задание 75.

В поликлинику обратилась женщина 32 лет с жалобами на периодически возникающее двоение предметов, слабость мышц рук и ног при физической нагрузке.

Два года назад при длительной работе за компьютером или при чтении стали опускаться веки, появилось двоение предметов по горизонтали. После отдыха указанные симптомы регрессировали. Через год присоединилась слабость мышц конечностей, развивающаяся при физической нагрузке (развешивание белья, подъем по лестнице) и регрессирующая в покое.

При обследовании выявлены слабость в проксимальных группах мышц конечностей и снижение сухожильных рефлексов.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение, если подтвердится предварительный клинический диагноз?

Эталон ответов:

1. Неврологические синдромы – двусторонний птоз, диплопия по горизонтали, периферический тетрапарез с акцентом в проксимальных отделах.
2. глазные мышцы, мышцы конечностей
3. миастения глазная форма
4. АТ к постсинаптической мембране нервно-мышечного синапса, ЭМГ, ЭНМГ
5. Лечение, если подтвердится предварительный клинический диагноз – прозерин, калимин, преднизолон, цитостатики, иммуноглобулины.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
<p>Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений.</p> <p>Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке</p>	<p>Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все	способность анализировать	способность выбрать метод решения	достаточный уровень профессионального мышления.

	требования, предъявляемые к заданию, выполнены	ситуацию, делать выводы	проблемы уверенные навыки решения ситуации	Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует