

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

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 8

«27» 08 2021 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«02» 09 2021 г.
№ 466

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

"Неврология"

по основной специальности: неврология

Трудоемкость: 72 часа

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2021

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Неврология» обсуждена и одобрена на заседании кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Протокол заседания кафедры № 8 от 25.08.2021г.

Заведующий кафедрой

Черникова И.В.



Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

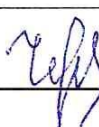
1. Ольга Викторовна Курушина — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии, главный невролог Волгоградского ГосМедУниверситета, главный невролог ЮФУ.

2. Юлия Владимировна Каракулова - доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе, зав. кафедрой неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России.

2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Неврология»

срок освоения 72 академических часов

СОГЛАСОВАНО	
Проректор по последипломному образованию	«26» 08 2021 г.  Брижак З.И.
Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	«26» 08 2021 г.  Бадалянц Д.А.
Начальник управления организации непрерывного образования	«26» 08 2021 г.  Герасимова О.В.
Заведующий кафедрой	«26» 08 2021 г.  Черникова И.В..

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации "Неврология" (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующая кафедрой Черникова И.В.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Черникова Ирина Владимировна	к.м.н., доцент	Заведующая кафедрой неврологии и нейрохирургии., факультета повышения квалификации	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	.Балязина Елена Викторовна	д.м.н., доцент	Профессор кафедры название кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	Сорокин Юрий Николаевич	д.м.н., доцент	Профессор кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4.	Сафонова Ирина Александровна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия;

ПЗ - практические занятия;

СР - самостоятельная работа;

ДОТ - дистанционные образовательные технологии;

ЭО - электронное обучение;

ПА - промежуточная аттестация;

ИА - итоговая аттестация;

УП - учебный план;

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач - невролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 29.01.2019 г. № 51н, регистрационный номер № 1240)
- ФГОС ВО по специальности 31.08.42 Неврология, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 №1084
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – неврология.

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «Неврология», а именно: обновление теоретических и практических знаний в области диагностики заболеваний нервной системы на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования, в области лечения заболеваний нервной системы для профессиональной деятельности врача-невролога в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области неврологии

Уровень квалификации: 8

Связь Программы с профессиональным стандартом представлена в

таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт: «Врач-невролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 29.01.2019 г. № 51н, регистрационный номер № 1240)		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
Оказание медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза
	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	A/01.8
	должен знать: этиологию и патогенез заболеваний нервной системы	
	должен уметь: сформулировать диагноз в соответствие с классификацией МКБ-11 с выделением основного синдрома, сопутствующего и их осложнений;	
	должен владеть: современными методами обследования больного	
ПК-2	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи в соответствии с новыми стандартами и клиническими рекомендациями	A/02.8

	должен знать: - фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств	
	должен уметь: подобрать современные лекарственные средства, учитывая их совместимость и побочное действие, назначить комплексное лечение	
	должен владеть: способами предотвращения, устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов при заболеваниях нервной системы	

1.5 Форма обучения

График обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Форма обучения			
Очная	6	6	2 недели, 12 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
"Неврология", в объёме 72 часов

№ №	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Модуль №1 «Неврология»															
1.1	Заболевания периферической нервной системы	16	8		6	2		8	6	2					ПК-1; ПК-2	ТК
1.2	Сосудистые заболевания нервной системы	16	8		6	2		8	6	2					ПК-1; ПК-2	ТК
1.3	Наследственные, дегенеративные заболевания нервной системы и врожденные anomalies	18	10		8	2		8	6	2					ПК-1; ПК-2	ТК
1.4	Головные и лицевые боли	16	10		8	2		6	6						ПК-1; ПК-2	ТК
	Всего часов	66	36		28	8		30	24	6					ПК-1; ПК-2	ТК
	Итоговая аттестация	6														Экзаме н
	Всего часов по программе	72	36		28	8		30	24	6						

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 2 недель: шесть дней в неделю по 6 академических часов в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1

Название модуля: «Неврология»

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
1.1	Заболевания периферической нервной системы
1.1.1	Полинейропатии (демиелинизирующие, аксональные и тд)
1.1.2	Полиневриты
1.1.3	Туннельные синдромы
1.1.4	Вертеброгенные поражения НС
1.2	Сосудистые заболевания нервной системы
1.2.1	Ишемический инсульт и ТИА
1.2.2	Хроническая ишемия мозга
1.2.3	Заболевания вен и синусов
1.2.4	Реабилитация постинсультных больных
1.2.5	Геморрагические инсульты
1.2.6	Сосудистые заболевания спинного мозга
1.3.	Наследственные, дегенеративные заболевания нервной системы и врожденные аномалии
1.3.1	Нейродегенерация с преимущественным поражением экстрапирамидной системы
1.3.2	Нейродегенерация с преимущественным поражением пирамидной системы и мозжечка
1.3.3	Рассеянный склероз
1.3.4	Острый рассеянный энцефаломиелит
1.3.5	Прогрессирующие мышечные дистрофии
1.3.6	Нейродегенерация с преимущественным поражением экстрапирамидной системы
1.4.	Головные и лицевые боли
1.4.1	Мигрень
1.4.2	Головная боль напряжения
1.4.3	Тригеминальные вегетативные цефалгии
1.4.4	Невралгия тройничного нерва
1.4.5.	Поражение блуждающего и языкоглоточного нерва
1.4.6	Атипичные лицевые боли

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: собеседования, тестового контроля (письменно), и решения одной ситуационной задачи (письменно).

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся *удостоверение о повышении квалификации установленного образца*

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

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 требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. 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	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

	выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу			
--	--	--	--	--

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы, адрес	Этаж, кабинет
1	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29	учебные комнаты кафедры неврологии и нейрохирургии

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Персональный компьютер (ноутбук)
2.	Мультимедийный проектор

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1.	<i>Неврология [Электронный ресурс] в 2-х томах. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – Доступ из ЭБС «Консультант врача»</i>
2.	<i>А. А. Скоромец Лекарственная терапия неврологических больных: для врачей и аспирантов. - М.: МИА, 2017. - 273 с. 5 экз.</i>
3.	<i>В. А. Парфенов Нервные болезни: учебник - М.: МИА, 2018. - 494 с.</i>
4.	<i>К. В. Котенко Боль в спине: диагностика и лечение. рук-во для врачей и студентов мед. вузов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 527 с.</i>
5.	<i>А. А. Скоромец Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии: издание для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 398 с.</i>
6.	<i>В. А. Епифанов, Епифанов А.В. Реабилитация в неврологии: рук-во - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 408 с.</i>
7.	<i>В. Д. Трошин, Т.Г. Погодина Неотложная неврология: рук-во для врачей и студентов мед. вузов. - М.: МИА, 2016 – 579 с.</i>
8.	<i>В. В. Осипова, Г.Р. Табеева Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия: практическое рук-во для неврологов и врачей общей практики. - М.: МИА, 2014. - 329 с.</i>

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1.	Официальный сайт Минздрава России	http:// www.rosminzdrav.ru
2.	Российская государственная библиотека (РГБ)	www.rsl.ru
3.	Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины):	www.iramn.ru

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (вопросы контроля исходного уровня знаний, вопросы для самоконтроля по каждому разделу, тестовые задания, интернет-ссылки, нормативные документы);
- фиксацию хода образовательного процесса, итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры Неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по Неврологии, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет не менее 70%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 85%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет не менее 20%.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Черникова И.В.	к.м.н., доцент	Заведующая кафедрой неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Балязина Е.В.	д.м.н., доцент	Профессор кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3	Сорокин Ю.Н.	д.м.н., доцент	Профессор кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Сафонова И.А.	к.м.н.,	Доцент кафедры неврологии и	ФГБОУ ВО

		доцент	нейрохирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	РостГМУ Минздрава России
--	--	--------	---	--------------------------------

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Неврология» со сроком освоения 72
академических часов по специальности «Неврология».

1	Кафедра	неврологии и нейрохирургии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, ФГБОУ ВО РостГМУ
4	Зав.кафедрой	Черникова И.В.
5	Ответственный составитель	Балязина Е.В.
6	E-mail	ebaliazina@yandex.ru
7	Моб. телефон	8-989-706-49-31
8	Кабинет №	3
9	Учебная дисциплина	неврология
10	Учебный предмет	неврология
11	Учебный год составления	2021
12	Специальность	неврология
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Неврология
15	Тема	1.1-1.4
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	60
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	<i>Неврология [Электронный ресурс] в 2-х томах. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – Доступ из ЭБС « Консультант врача»</i>

Список тестовых заданий

1	1.1	1			
1			Для болевой диабетической дистальной полинейропатии типично		
	*		Поражение по типу носков		
			Асимметричность поражения		
			Зависимость выраженности болевой симптоматики от степени гипергликемии		
			Преимущественное поражение верхних конечностей		
1	1.1	2			
1			К препаратам первой линии лечения болевой диабетической дистальной полинейропатии относятся		
			диклофенак		
	*		Дулоксетин, прегабалин		
			Пластырь с лидокаином		
			топирамат		
1	1.1	3			
1			Камертон 128 Гц используется для оценки		
	*		Вибрационной чувствительности		
			Рефлексов		
			Тактильной чувствительности		
			Температурной чувствительности		
1	1.1	4			
1			Для синдрома карпального канала характерно:		
	*		усиление боли при поднятии рук вверх и уменьшение боли при опущении рук		
			Развитие симптомов в покое		
			Усиление боли при опущении рук и уменьшение боли при опущении рук		
			Уменьшение симптомов при выполнении каких-либо действий с использованием кисти		
1	1.1	5			
1			При оппозиционной пробе пациент с туннельным синдромом срединного нерва:		
	*		Не может соединить большой палец и мизинец		

			Не может попасть пальцем в кончик носа		
			Не может попасть пальцем в палец врача		
			Не может разогнуть кисть		
1	1.1	6			
1			Для инфаркта мозга в бассейне средней мозговой артерии характерны		
	*		Гемипарез и гемигипестезия		
			синдром Валленберга—Захарченко		
			оптико-пирамидный синдром		
			синдром Вебера		
1	1.1	7			
1			Тест Фалена представляет собой:		
			постукивание неврологическим молоточком в области табакерки пронатора (на внутренней стороне предплечья), что вызывает ощущение покалывания в пальцах или иррадиацию боли (электрический прострел) в пальцы руки;		
	*		сгибание (или разгибание) кисти на 90 градусов, что приводит к онемению, ощущению покалывания или боли менее чем за 60 секунд		
			разгибание предплечья и пронацию в сочетании с сформированным сгибанием пальцев, что провоцирует болезненные ощущения с характерной для компрессии срединного нерва локализацией;		
			сдавление запястья в области прохождения срединного нерва, что вызывает онемение и/или боль в I–III, половине IV пальцах руки;		
1	1.2	8			
1			Антитромбоцитарное средство, применяемое для вторичной профилактики ишемического инсульта		
	*		ацетилсалициловая кислота		
			пентоксифиллин		
			пирасетам		
			инпоцетин		
			циннаризин		
1	1.2	9			
1			Фибринолитическая терапия при ишемическом инсульте		

			предупреждает развитие повторного инсульта		
	*		проводится не позднее 6 часов от начала развития инсульта		
			не вызывает геморрагические осложнения		
			используется при легкой степени неврологического дефицита		
1	1.2	10			
1			При инфаркте мозга, с локализацией в бассейне передней мозговой артерии, наблюдаются		
			гемианопсия		
			оптико-пирамидный синдром		
			сенсорная афазия		
	*		гемипарез с преобладанием в ноге		
			гемиатаксия		
1	1.2	11			
1			Прогрессирующее течение инсульта характерно для		
			лакунарного инсульта		
	*		атеротромботического инсульта		
			кардиоэмболического инсульта		
			гемодинамического инсульта		
1	1.2	12			
1			Для инфаркта мозга в бассейне задней мозговой артерии типичны		
			гемипарез с преобладанием в ноге		
			гемипарез с преобладанием в руке		
			атактический гемипарез		
	*		гемианопсия		
1	1.2	13			
1			Ишемический инсульт у молодых чаще вызван		
			заболеванием крови		
	*		заболеванием сердца		
			аневризмой мозговой артерии		
			мигренью		
			хроническим алкоголизмом		
1	1.3	14			
1			Синдром Ламберта-Итона чаще всего обусловлен		
			системной красной волчанкой		

	*		бронхогенным раком легкого		
			миастенией		
			полимиозитом		
			тимэктомией		
1	1.3	15			
1			Невральная амиотрофия Шарко-Мари проявляется		
			центральным парезом мышц лица		
	*		периферическими дистальными парезами в конечностях, полиневропатическим типом нарушений чувствительности		
			выраженной мозжечковой атаксией		
			нарушением функции тазовых органов		
1	1.3	16			
1			Дополнительные методы при диагностике полимиозита		
	*		Электромиография, биопсия мышц		
			компьютерная томография головного мозг		
			магнитно-резонансная томография спинного мозга		
			вызванные соматосенсорные потенциалы		
1	1.3	17			
1			Миастенический криз может развиваться при приеме		
			прозерина		
	*		транквилизаторов		
			психостимуляторов		
			калимина		
			тиамина		
1	1.3	18			
1			Синдром Ламберта—Итона характеризуется		
	*		слабостью проксимальных отделов конечностей		
			периферическим парезом мимических мышц		
			несистемным головокружением		
			мозжечковой атаксией		
			нарушением функции тазовых органов		
1	1.3	19			
1			Холинергический криз может развиваться вследствие		
			злокачественного течения миастении		

			передозировки транквилизаторов больным миастенией		
			передозировки антидепрессантов больным миастенией		
	*		передозировки прозерина больным миастенией		
1	1.3	20			
1			Спинальные амиотрофии обусловлены поражением		
			нервно-мышечного синапса		
			боковых канатиков спинного мозга		
	*		передних рогов спинного мозга		
			задних канатиков спинного мозга		
			задних корешков спинного мозга		
1	1.3	21			
1			Миастения вызвана поражением		
			периферических нервов		
			передних рогов спинного мозга		
			передних корешков спинного мозга		
			задних рогов спинного мозга		
	*		постсинаптических рецепторов нервно- мышечного синапса		
1	1.3	22			
1			Миопатия Дюшена вызвана		
	*		нарушением синтеза дистрофина		
			выработкой антител против постсинаптических рецепторов нервно- мышечного синапса		
			демиелинизацией периферических нервов		
			аксональным поражением периферических нервов		
			дегенерацией передних рогов спинного мозга		
1	1.3	23			
1			Миастения — заболевание		
	*		дизиммунное		
			дисметаболическое		
			дегенеративное		
			демиелинизирующее		
			наследственное		
1	1.3	24			
1			Миопатия Дюшена		

			наследуется по аутосомно-доминантному типу		
			передается по аутосомно-рецессивному типу		
	*		наследуется по икс-сцепленному рецессивному типу		
			представляет собой дизиммунное заболевание		
			является дегенеративным заболеванием		
1	1.3	25			
1			Лечение миастенического криза		
			винпоцетин		
			карбамазепин		
			пирацетам		
	*		прозерин		
			флуоксетин		
1	1.3	26			
1			Для длительного лечения миастении используют		
			витамин В один		
			витамин В шесть		
			витамин В двенадцать		
	*		калимин		
			пирацетам		
1	1.3	27			
1			Вилочковую железу удаляют при		
			боковом амиотрофическом склерозе		
	*		миастении		
			миопатии Дюшена		
			полимиозите		
			синдроме Ламберта—Итона		
1	1.3	28			
1			Средняя продолжительность жизни больных боковым амиотрофическим склерозом		
	*		3 года		
			6 лет		
			10 лет		
			15 лет		
			20 лет		
1	1.3	29			

1			При боковом амиотрофическом склерозе первично поражаются		
	*		мотонейроны спинного мозга и центральные		
			скелетные мышцы		
			нервно-мышечный синапс		
			боковые рога спинного мозга		
1	1.3	30			
1			Клинические формы миастении		
	*		Глазная, генерализованная		
			мозжечковая		
			псевдобульбарная		
			спинальная		
1	1.3	31			
1			Для миопатии Дюшена характерны		
	*		слабость мышц тазового пояса		
			тазовые расстройства		
			Дизартрия, дисфония и дисфагия		
			расстройства глубокой чувствительности в ногах		
1	1.3	32			
1			Миастенический криз проявляется		
	*		слабостью дыхательных мышц и мышц конечностей		
			мозжечковой атаксией		
			миозом		
			нарушением функции тазовых органов		
1	1.3	33			
1			Дебют рассеянного склероза приходится чаще всего на возраст		
			от 3 до 10 лет		
			от 10 до 20 лет		
	*		от 20 до 40 лет		
			от 40 до 60 лет		
			старше 60 лет		
1	1.3	34			
1			Лечение спастичности при рассеянном склерозе		
			витамины группы В		
	*		баклофен		

			гексамидин		
			калимин		
1	1.3	35			
1			Тип расстройства чувствительности при рассеянном склерозе		
			полиневропатический		
			моновропатический		
			сегментарно-диссоциированный		
			сегментарно-корешковый		
	*		проводниковый		
1	1.3	36			
1			Методы диагностики рассеянного склероза		
	*		магнитно-резонансная томография		
			электроэнцефалография		
			ультразвуковая доплерография сонных и позвоночных артерий		
			реоэнцефалография		
1	1.3	37			
1			При рассеянном склерозе первично страдает		
			кора головного мозга		
			клетки передних рогов спинного мозга		
			базальные ганглии		
	*		белое вещество головного и спинного мозга		
			клетки задних рогов спинного мозга		
1	1.3	38			
1			Препараты иммуномодулирующей (превентивной) терапии при рассеянном склерозе		
			альфа-интерфероны		
			гамма-интерфероны		
	*		копаксон		
			антидепрессанты		
1	1.3	39			
1			Из черепных нервов при рассеянном склерозе чаще всего страдает		
			обонятельный		

	*		зрительный		
			тройничный		
			отводящий		
			лицевой		
1	1.3	40			
1			В дебюте рассеянного склероза типично		
	*		нарушение зрения		
			недержание мочи		
			эпилептический припадок		
			моторная афазия		
			сенсорная афазия		
1	1.3	41			
1			Основой диагностики рассеянного склероза при исследовании церебро-спинальной жидкости является определение		
			концентрации глюкозы		
	*		олигоклональных антител		
			концентрации белка		
			концентрации калия		
1	1.3	42			
1			Для купирования обострения рассеянного склероза применяют		
	*		пульс-терапию метилпреднизолоном		
			тиамин		
			церебролизин		
			копаксон		
			баклофен		
1	1.3	43			
1			Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего		
			первично прогрессирующее		
			вторично прогрессирующее с обострениями		
			вторично прогрессирующее без обострений		
	*		ремитирующее (волнообразное)		
1	1.3	44			

1			Нарушение мочеиспускания в дебюте рассеянного склероза обычно проявляется парадоксальной ишурией		
	*		императивными позывами на мочеиспускание		
			задержкой мочи		
			отсутствием ощущения прохождения мочи		
			истинным недержанием мочи		
1	1.3	45			
1			Проявление рассеянного склероза		
			тики		
	*		интенционный тремор в руках и ногах		
			«порхающий» тремор (астериксис)		
			спастическая кривошея		
			писчий спазм		
1	1.3	46			
1			Типичным нарушением походки при рассеянном склерозе является		
	*		спастико-атактическая походка		
			степпаж		
			«утиная» походка		
			апраксия ходьбы		
1	1.3	47			
1			Для картины глазного дна при рассеянном склерозе типично		
			первичная атрофия зрительного нерва		
	*		деколорация височных половин дисков зрительных нервов		
			гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки		
			атеросклеротическая ангиопатия сосудов сетчатки		
			застойные диски зрительных нервов		
1	1.3	48			
1			Лечение императивных позывов на мочеиспускание		
			баклофен		
			диазепам		
	*		детрузитол		

			клоназепам		
1	1.3	49			
1			Рассеянный склероз относится к		
			заболеваниям		
			сосудистым		
			инфекционным		
			дисметаболическим		
	*		аутоиммунным		
			дегенеративным		
1	1.3	50			
1			Злокачественные формы рассеянного		
			склероза обычно вызваны поражением		
			левой височной доли		
			левой лобной доли		
			левой теменной доли		
	*		ствола головного мозга		
			спинного мозга		
1	1.3	51			
1			В терминальной стадии больные		
			рассеянным склерозом чаще всего		
			погибают от		
			инфаркта миокарда		
			печеночной недостаточности		
	*		пневмонии		
			инсульта		
1	1.4	52			
1			Наличие триггерной зоны на лице,		
			раздражение которой провоцирует приступ		
			боли, характерно для		
			мигрени без ауры		
			мигрени с аурой		
			головной боли напряжения		
			пучковой головной боли		
	*		невралгии тройничного нерва		
1	1.4	53			
1			Для профилактики приступов мигрени		
			используют		
			имигран		

			зомиг		
	*		амитриптилин		
			пирацетам		
1	1.4	54			
1			Для головной боли напряжения характерна боль		
			пульсирующая		
			односторонняя		
			пароксизмальная		
	*		давящего характера в виде «обруча»		
1	1.4	55			
1			Наиболее распространенный тип головной боли		
			мигрень		
			пучковая головная боль		
	*		головная боль напряжения		
			гипертензионная головная боль		
			вызванная повышением артериального давления головная боль		
1	1.4	56			
1			Лечение приступа мигрени		
			пирацетам		
	*		суматриптан (имигран)		
			карбамазепин		
			пентоксифиллин		
1	1.4	57			
1			Лечение невралгии тройничного нерва		
			пирацетам (ноотропил)		
	*		карбамазепин (финлепсин)		
			винпоцетин (кавинтон)		
			ривастигмин (экселон)		
1	1.4	58			
1			Лечение пучковой головной боли		
			ненаркотические анальгетики		
			наркотические анальгетики		
	*		ингаляции кислорода, суматриптан		
			ноотропы		

1	1.4	59			
1			Профилактика пучковых головных болей		
			имигран (суматриптан)		
	*		карбонат лития		
			дигидергот		
			наркотические анальгетики		
1	1.4	60			
1			Лечение хронической головной боли напряжения		
	*		антидепрессанты		
			наркотические анальгетики		
			ингаляции кислорода		
			ноотропные средства		

2. Оформление фонда ситуационных задач

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача 1: Женщина 74-х лет, обратилась к врачу по поводу прогрессирующего снижения памяти на текущие события. Отмечает забывчивость уже в течение нескольких лет, за это время непрерывно нарастает. При беседе – больная в ясном сознании, контактна, несколько растеряна и беспокойна, правильно ориентирована в месте, но ошибается при назывании точной даты. Часто жалуется на плохую память; она не помнит, что куда положила, о чем разговаривала с домашними, с трудом припоминает имена внуков, которые живут отдельно. Иногда испытывает также затруднения при подборе нужного слова в разговоре, назывании предметов. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженные нарушения памяти, умеренные нарушения гнозиса, праксиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

Вопросы:

1. Локализация поражения?
 - a. Височная доля (гиппокамп) и задние отделы теменной доли доминантного полушария; *
 - b. Затылочные доли;
 - c. Ствол;
 - d. Лимбическая система;

2. Предварительный клинический диагноз?
 - a. Болезнь Альцгеймера; *
 - b. Деменция с тельцами Леви;
 - c. болезнь Паркинсона;
 - d. Болезнь Крейтцфельда — Якоба;

3. Дополнительные исследования?
 - a. МРТ головного мозга; *

- b. ЭНМГ;
- c. исследовании цереброспинальной жидкости на олигоклональные антитела;
- d. МРТ шейного отдела спинного мозга;

4. Лечение?

- a. Ингибитор ацетилхолинэстеразы или ингибитор NMDA-глутаматных рецепторов; *
- b. ингибитор высвобождения глутамата;
- c. предшественники дофамина;
- d. Бета-адреноблокаторы;

Задача 2: Пациент 72 лет доставлен в стационар машиной скорой медицинской помощи по поводу остро развившейся слабости в конечностях. Из анамнеза известно, что утром во время завтрака внезапно возникли слабость в левой руке и ноге. Госпитализирован по СМП через 1,5 часа от развития симптоматики. Анамнез жизни: В анамнезе у пациента артериальная гипертензия, ИБС, синдром перемежающейся хромоты. В течение последнего года имел место эпизод быстро проходящей слабости в левых конечностях. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда. Курит в течение многих лет. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус: При поступлении у больного АД – 175/95 мм.рт.ст., пульс 72 в минуту, ритм сердца правильный. Снижена пульсация на обеих а. dorsalis pedis. В легких дыхание жесткое. ЧДД 17 в минуту. Трофические изменения голени. Рост 178 см. Масса тела 82 кг.

В неврологическом статусе: состояние средней тяжести. Больной в сознании. Менингеального синдрома нет. Скуловой симптом Бехтерева справа. Обращенную речь понимает, выполняет инструкции. Собственная речь сохранна. Снижен левый корнеальный рефлекс. Сглажена левая носогубная складка. Язык девирует влево. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2 баллов в руке и 3 баллов в ноге. Сухожильные рефлексы торпидные. Снижен левый подошвенный рефлекс, симптом Бабинского слева. Полная утрата поверхностной чувствительности и суставно-мышечного чувства в левых конечностях. Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлексы орального автоматизма.

Обращает внимание недооценка пациентом симптомов заболевания. На задание «Поднимите левую руку» уточняет «Какую именно?». При детальном опросе выясняется, что пациент ощущает три левых руки. Просит подать руку с подоконника, потому что она замерзла. До развития острой неврологической симптоматики подобных нарушений у пациента не было.

КТ головного мозга: Утрата контраста между серым и белым веществом в области головки лентиккулярного ядра справа. Сглаженность борозд и извилин в проекции кровоснабжения правой средней мозговой артерии.

Вопросы:

1. Имеющаяся у пациента симптоматика в виде ощущения лишних конечностей, иногда даже лежащих на расстоянии, называется

- a. астереогноз;
- b. апарксия;
- c. псевдомелия;*
- d. афазия;

2. Имеющаяся у пациента симптоматика в виде ощущения лишних конечностей, иногда даже лежащих на расстоянии, соответствует поражению _____ доли головного мозга

- a. левой теменной;
- b. правой височной;
- c. правой теменной;*

d. правой лобной;

3. Для уточнения патогенетического варианта заболевания необходимо провести лабораторную диагностику, эхокардиографию, электрокардиографию и

- a. электроэнцефалографию головного мозга;
- b. эхоэнцефалоскопию головного мозга;
- c. магнитно-резонансную томографию головного мозга;
- d. дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий; *

4. Терапевтическим окном для тромболитической терапии являются первые _____ часа/часов от развития инсульта

- a. 8 ;
- b. 3;
- c. 6;
- d. 4,5; *

5. Доза вводимого тромболитика (алтеплазы) у пациента не должна превышать _____ мг.

- a. 100 ;
- b. 80;
- c. 60;
- d. 90; *

6. С целью вторичной профилактики инсульта применение антиагрегантных или антикоагулянтных средств после проведения системного тромболитика не допускается в течение _____ часов

- a. 48 ;
- b. 36;
- c. 24; *
- d. 12;

Задача 3: Женщина 50 лет обратилась к неврологу поликлиники с жалобами на приступы резкой, мучительной, стреляющей боли в области нижней челюсти справа.

Из анамнеза известно, что заболела остро, после переохлаждения появились приступы резкой мучительной, стреляющей боли в области нижней челюсти справа, продолжительностью 30 сек., повторяются до 30 раз в сутки. Приступ провоцируется разговором, жеванием, приемом острой пищи, незначительным раздражением внутренней стороны правого угла рта, слизистой оболочки нижней губы. Приступы боли в лице возникают мгновенно, многократно повторяясь, носят мучительный характер и локализуются в области скуловой дуги, иррадиируя к верхнему краю уха, а затем на границу правой лобно-теменной области

В неврологическом статусе: Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Парезов, нарушений чувствительности, координаторных нарушений нет. Выявляется эмоциональная лабильность, вегетативная неустойчивость, астенизация, болезненность точек выхода тригеминальных точек справа, гипестезия в области верхней губы, скуловой дуги справа.

МР-ангиография головного мозга: Компрессия и деформация преганглионарного сегмента тройничного нерва справа патологически извитой верхней мозжечковой артерией

1. Зоны, прикосновение к которым провоцирует болевой приступ, называются

- a. болевыми ;
- b. щипковыми;
- c. курковыми; *
- d. рецепторными;

2. Предполагаемый основной диагноз

- a. Нейропатия лицевого нерва ;
- b. Мигрень без ауры;
- c. кластерная головная боль;
- d. Идиопатическая невралгия тройничного нерва; *

5. Заболевание пациентки необходимо дифференцировать с

- a. опухолью мосто-мозжечкового угла; *
- b. бактериальным менингитом;
- c. субарахноидальным кровоизлиянием;
- d. головной болью напряжения;

6. Наиболее эффективными препаратами для купирования болевого синдрома являются

- a. антиконвульсанты; *
- b. анестетики;
- c. кортикостероиды;
- d. бензодиазепины;

7. При неэффективности медикаментозной терапии возможно выполнение

- a. пункции гайморовой пазухи;
- b. вазкулярной декомпрессии; *
- c. мастоидэктомии;
- d. пункции фронтальной пазухи;

Задача 4: Женщина 55 лет предъявляет жалобы на слабость в руках, нечеткость речи, поперхивание твердой и жидкой пищей, эпизодические судороги в икроножных мышцах в ночное время, похудание на 10 кг за последние два года.

Анамнез заболевания: Весной 2 года назад стала отмечать затруднение глотания, которое постепенно прогрессировало. После смены консистенции пищи на протертую стала глотать лучше. С этого времени отмечает снижение массы тела на 10 кг, связывает с изменением диеты из-за трудностей глотания. С весны прошлого года появилась и стала нарастать слабость в руках, родственники отметили изменение речи.

Анамнез жизни: Наследственный анамнез: отец пациентки умер в 67 лет, в последние годы жизни наблюдались сходные симптомы (нарушение глотания, слабость в конечностях).

Неврологический статус: сознание ясное, контактна, тревожна. Ориентирована правильно. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные. Реакция зрачков на свет сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Конвергенция сохранена. Диплопии нет. Установочный нистагм в крайних отведениях. Чувствительность на лице сохранена. Точки выхода ветвей тройничных нервов безболезненны. Лицо симметрично. Слух сохранен. Умеренная дизартрия, дисфония. Дисфагия, преимущественно твердой пищей. Сила мышц шеи сохранена. Язык при выведении из полости рта по средней линии. Мышечная сила снижена в левой руке до 3 баллов, в правой руке до 3,5 баллов, в проксимальном отделе левой ноги до 4 баллов. Мышечный тонус не изменен. Гипотрофия мышц плечевого пояса с двух сторон, тенара справа, межкостных мышц кистей и стоп, мышц голени D>S. Спонтанные фасцикуляции в проксимальных мышцах рук, ног, грудных мышцах. Сухожильные и периостальные рефлексy оживлены, без четкой разницы сторон. Кистевой аналог рефлекса Россолимо с двух сторон. Походка не изменена. Координаторные пробы выполняет с интенцией, легкой дисметрией. В пробе Ромберга

пошатывается. Четких расстройств чувствительности не выявлено. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

Вопросы:

1. Выберите специфический для постановки диагноза лабораторный метод обследования
 - a. биохимический анализ крови;
 - b. определение антител к ацетилхолиновому рецептору;
 - c. молекулярно-генетический анализ; *
 - d. анализ на выявление антител к *Vorrelia spp*;

2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
 - a. МРТ шейного отдела позвоночника;
 - b. компьютерная томография органов грудной полости;
 - c. электромиография; *
 - d. позитронная эмиссионная компьютерная томография;

3. Основным предполагаемый диагнозом является
 - a. Боковой амиотрофический склероз; *
 - b. Наследственная спастическая параплегия;
 - c. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия;
 - d. Рассеянный склероз, первично-прогредиентное течение;

4. У данной пациентки можно предположить _____ форму данного заболевания
 - a. шейно-грудную;
 - b. первично-генерализованную;
 - c. бульбарную; *
 - d. пояснично-крестцовую;

Задача 5: Пациент X. 60 лет, находясь на лечении в терапевтическом отделении по поводу хронической обструктивной болезни легких, упал на лестнице, получив множественные ушибы мягких тканей. После травмы пациент перестал вставать, эмоционально реагировать на близких людей, речь стала невнятной, в связи с чем был переведен в неврологическое отделение. Сам пациент жалоб активно не предъявляет.

Со слов жены, последние 1-1,5 месяца пациент стал плохо ходить, часто падать, не придавая этому значения. Появилась апатия, безынициативность, недержание мочи. Состояние резко ухудшилось после последнего падения в стационаре.

Объективный статус: Состояние тяжелое. Сонлив, быстро истощается, засыпает во время осмотра. Простые команды выполняет, но с латентным периодом и после повторной стимуляции. Частично дезориентирован во времени. Менингеальных симптомов нет. Дисфункции черепных нервов не выявлено. Парезов конечностей нет. Повышение мышечного тонуса в ногах по пластическому типу с явлениями паратонии. Сухожильные рефлексы средней живости в руках, снижены – в ногах. Патологические рефлексы не выявлены. Координаторные пробы выполняет неуверенно с 2-х сторон. Выраженная статико-локомоторная атаксия. При нейропсихологическом обследовании выявлены изменения, характерные для деменции. Ходит медленно, покачиваясь, шаги мелкие, ноги широко расставлены. Атаксия нарастает при поворотах. Чувствительных расстройств не выявлено. Имеются множественные подкожные гематомы по всему телу.

МРТ головного мозга: атрофическая гидроцефалия с преобладанием внутренней. Мультифокальные изменения головного мозга сосудистого характера.

Люмбальная пункция с ТАР-тестом: Ликвор прозрачный, бесцветный, вытекал под давлением 150 мм водного столба. Цитоз 7/3, белок 0,1 г/л, глюкоза 4,2 ммоль/л. В осадке 8-12 эритроцитов. Проведен ТАР-тест. После изъятия 50 мл ликвора состояние улучшилось - повысился уровень бодрствования, уменьшилась апатия.

Вопросы:

1. У пациента выявлена клиническая триада: нарушение походки, когнитивные расстройства и нарушения мочеиспускания, которая соответствует синдрому
 - a. Миллера-Фишера;
 - b. Иценко-Кушинга;
 - c. Шая-Драйджера;
 - d. Хакима-Адамса; *

2. Результаты клинико-радиологического обследования, а также отсутствие головной боли и отека дисков зрительных нервов могут указывать на наличие
 - a. окклюзионной гидроцефалии;
 - b. вторичной внутричерепной гипертензии;
 - c. доброкачественной внутричерепной гипертензии;
 - d. нормотензивной гидроцефалии; *

3. Стандартом лечения нормотензивной терапии является
 - a. постоянное назначение препаратов, снижающих продукцию ликвора;
 - b. пожизненное применение препаратов с противодементным действием;
 - c. курсовой прием препаратов, снижающих продукцию ликвора;
 - d. вентрикулоперитонеальное шунтирование; *

4. Временной мерой в лечении нормотензивной гидроцефалии является применение
 - a. гидрохлортиазида;
 - b. ацетазоламида; *
 - c. спиронолактона;
 - d. индапамида;

3. Оформление фонда вопросов к собеседованию

1. Понятие о туннельных синдромах. Этиопатогенез. Лечение.
2. Туннельные синдромы верхних конечностей.
3. Туннельные синдромы нижних конечностей.
4. Острая демиелинизирующая полиневропатия (синдром Гийена-Барре). Этиопатогенез, клиника, лечение.
5. Хронические воспалительные демиелинизирующие полиневропатии. Дифференциальная диагностика с невоспалительными демиелинизирующими полиневропатиями.
6. Дисметаболические полиневропатии (при алкоголизме, диабете и др.). Критерии диагностики.
7. Инфекционно-токсические полиневропатии (при дифтерии, ботулизме). Круг дифференцируемых заболеваний.
8. Остеохондроз позвоночника. Современная классификация, стадии развития, неврологические осложнения.
9. Миофасциальные синдромы.
10. Клиническая картина плечевой плексопатии. Роль травмы и неопластических синдромов в ее возникновении.

11. Дифференциальная диагностика нетипичных форм синдрома Гийена-Барре с инфекционно-токсическими и дисметаболическими полиневропатиями (при дифтерии, ботулизме, порфирии).
12. Кровоснабжение головного мозга.
13. Классификация острых нарушений мозгового кровообращения. Современные взгляды на патогенез ишемического инсульта, включая развитие «ишемической полутени».
14. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Этиопатогенез. Тактика врача.
15. Дифференциальная диагностика подтипов ишемического инсульта. Дифференцированная терапия в зависимости от подтипа.
16. Кровоизлияние в мозг. Причины. Клиника. Тактика ведения больных.
17. Современные подходы к лечению ишемических и геморрагических инсультов.
18. Вторичная профилактика инсультов с современных позиций.
19. Аневризмы сосудов головного мозга. Клиника догеморрагического и геморрагического периодов. Диагностика и лечение.
20. Артерио-венозные мальформации. Этиопатогенез и тактика при подозрении на артерио-венозную мальформацию.
21. Кровоснабжение спинного мозга и синдромы нарушений спинального кровообращения.
22. Острые нарушения спинального кровообращения. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
23. Современные теории патогенеза рассеянного склероза. Принципы лечения. Дифференциальный диагноз.
24. Клинические и параклинические критерии рассеянного склероза. Дифференциальная диагностика.
25. Острый рассеянный энцефаломиелит. Этиопатогенез. Дифференциальный диагноз с рассеянным склерозом.
26. Хорея Гентингтона. Клинические особенности юношеской формы.
27. Наследственные дегенеративные заболевания нервной системы с преимущественным поражением мозжечка (спастическая атаксия). Роль дополнительных методов исследования в диагностике.
28. Гепато-церебральная дистрофия. Диагностический алгоритм. Дифференциальный диагноз с фенокопиями.
29. Болезнь Штрюмпеля. Круг дифференцируемых заболеваний. Роль дополнительных методов исследования в диагностике (МРТ).
30. Прогрессирующая мышечная дистрофия Эрба. Миопатический синдром. Роль дополнительных методов исследования в диагностике миопатий.
31. Мультисистемные атрофии головного мозга. Критерии диагностики.
32. Болезнь Паркинсона и синдром Паркинсонизма.
33. Принципы лечения болезни Паркинсона. Ранние и поздние осложнения медикаментозной терапии.
34. Головная боль напряжения. Этиопатогенез, клиника, лечение.
35. Хроническая ежедневная головная боль. Этиопатогенез, клиника, лечение.
36. Мигрень. Этиопатогенез, клиника, лечение.
37. Кластерная головная боль. Критерии диагностики. Лечение.
38. Головная боль. Дифференциальная диагностика. План обследования.
39. Невралгия тройничного нерва. Современные представления об этиопатогенезе. Лечение.
40. Прозопалгии. Дифференциальная диагностика. Лечение.