

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

Кафедра неврологии и восстановительной медицины с курсом остеопатии

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
д.м.н. проф. В.А. Солдаткин
«18» июня 2024г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
«Неврология»**

**основной образовательной программы высшего образования -
программы ординатуры**

Специальность
31.08.21 Психиатрия-наркология

Направленность (профиль) программы **психиатрия-наркология**
Блок 1
Вариативна часть (Б1.В.ДВ.01.01)

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения **очная**

**Ростов-на-Дону
2024 г.**

I. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цели освоения дисциплины: подготовка квалифицированного врача-психиатра-нарколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи

Задачи:

1. Обеспечить освоение необходимого объема базовых, фундаментальных медицинских знаний в области неврологии, формирующих профессиональные компетенции врача-психиатра-нарколога, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-психиатра-нарколога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин – в области неврологии.
3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями нервной системы.
4. Сформировать способности врача-психиатра-нарколога к самостоятельной лечебно-диагностической деятельности в области неврологии, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья пациентов различных возрастных групп, способного оказывать паллиативную медицинскую помощь пациентам с заболеваниями нервной системы.
5. Сформировать умения и навыки выполнения диагностических и лечебных манипуляций и общеврачебных манипуляций по оказанию скорой и неотложной помощи пациентам с заболеваниями нервной системы.
6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-психиатру-наркологу ориентироваться в вопросах медицинских экспертиз, организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи в области неврологии.

II. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

Профессиональные компетенции (ПК):

ПК-1 – Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-5 – готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

III. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП ВО

Учебная дисциплина является вариативной дисциплиной.

IV. СОДЕРЖАНИЕ И СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ

Трудоемкость дисциплины в зет 1, в часах – 36

№ раздела	Наименование раздела	Количество часов				
		Всего	Контактная работа		СРС	Контроль
			Л	СЗ		
1	Неврология	34	6	12	18	зачет
1.1	Высшие мозговые функции по Лурия и синдромы их расстройств. УКР и деменция	10		4	6	
1.2	Синдромы нарушения сознания. Комы. Дифф. диагностика	8	2	2	4	
1.3	Опухоли головного мозга	8	2	2	4	
1.4	Дегенеративные заболевания головного мозга с синдромом деменции	8	2	4	4	
	<i>Итого:</i>	36	6	12	18	

СРС - самостоятельная работа обучающихся

Л - лекции

С – семинары

ПЗ – практические занятия

Контактная работа

Лекции

№ раздела	№ лекции	Темы лекций	Кол-во часов
1.1	1	Синдромы нарушения сознания. Комы. Дифф. диагностика	2
1.2	2	Опухоли головного мозга	2
1.3	3	Дегенеративные заболевания головного мозга с синдромом деменции	2
Всего			6

Семинарские занятия

№ раздела	№ СЗ	Темы семинарских занятий	Кол-во часов	Формы текущего контроля	Код компетенции
1.1	1-6	Высшие мозговые функции по Лурия и синдромы их расстройств. УКР и деменция	4	опрос	ПК-1, ПК-5
1.2	7-11	Синдромы нарушения сознания. Комы. Дифф. диагностика	2	опрос	ПК-1, ПК-5
1.2	12-16	Опухоли головного мозга	2	опрос	ПК-1, ПК-5
1.4	17-21	Дегенеративные заболевания головного мозга с синдромом деменции	4	опрос	ПК-1, ПК-5
Всего:			12		

Самостоятельная работа обучающихся

№ раздела	Вид самостоятельной работы обучающихся	Кол-во часов	Формы текущего контроля	Код компетенции
1.1	Лимбическая система мозга. Синдромы поражения	6	опрос	ПК-1, ПК-5
1.2	Синдромы нарушения сознания. Комы. Дифф. диагностика	4	опрос	ПК-1, ПК-5
1.3	Типы клинической манифестации опухолей головного мозга (эпилептический, бластоматозный, сосудистый, воспалительный). Дифференциальный диагноз с острыми нарушениями мозгового кровообращения, энцефалитами	4	опрос	ПК-1, ПК-5
1.4	Дегенеративные заболевания головного мозга с синдромом деменции. Мультисистемные атрофии головного мозга. Критерии диагностики	4	опрос	ПК-1, ПК-5
Всего:		18		

Рекомендации для выполнения самостоятельной работы

Самостоятельная работа обучающегося включает в себя изучение основной и дополнительной литературы, предусмотренной учебно-методическим обеспечением дисциплины, а также дополнительной научной литературы (отечественных и зарубежных статей, обзоров, монографий), нормативно-правовых документов по пульмонологии.

Каждый слушатель в течение всего периода обучения обеспечивается доступом к системе ОМДО (<https://omdo.rostgmu.ru>). Основные дистанционные образовательные технологии предусматривают online-общение (кафедральные конференции, круглые столы), самостоятельный просмотр методических и нормативных документов, видео-лекций. Каждый обучающийся имеет полную доступность к учебному материалу портала и к электронной информационно-образовательной среде.

Вопросы для самоконтроля

1. Родовые повреждения плечевого сплетения у детей.
2. Миелодисплазия. Диагностика и лечение.
3. Краниовертебральные аномалии.
4. Эпилепсия у детей, особенности диагностики и лечения.
5. Врожденные опухоли головного мозга.
6. Особенности неврологической диагностики грудных детей.
7. Современные представления о лечении гидроцефалии у детей.
8. Особенности клинического течения опухолей головного мозга у детей и подростков.
9. Детский церебральный паралич, диагностика, лечение.
10. Родовая черепно-мозговая травма, диагностика, классификация и лечение.
11. Особенности черепно-мозговой травмы у детей.
12. Черепно-мозговые грыжи. Классификация, диагностика и лечение.
13. Краниостеноз. Классификация, диагностика и лечение.
14. Тройничный нерв. Признаки и варианты нарушения функций. Периферические и сегментарные расстройства чувствительности на лице.
15. Лицевой и промежуточный нервы. Возможные уровни, симптомы и синдромы поражения.
16. Языкоглоточный, блуждающий, подъязычный нервы. Обеспечение двигательных, вегетативных и чувствительных функций. Признаки поражения.
17. Регуляция функций тазовых органов. Варианты нарушений при поражении различных отделов нервной системы
18. Невралгия тройничного нерва. Клиника, дифференциальный диагноз, лечение. Консервативное и хирургическое лечение.
19. Возможные причины атипичной лицевой боли.
20. Симпаталгии, причины, клинические особенности, варианты терапии
21. Анатомические особенности вариантов выхода 3 ветви тройничного нерва
22. Понятие о реабилитационном потенциале
23. Построение программы реабилитации в зависимости от реабилитационного потенциала.
24. Основные принципы реабилитации больных с заболеваниями головного мозга.
25. Социально-психологическая и бытовая реабилитация больных при заболеваниях нервной системы
26. Принципы оценки и измерения результатов реабилитации.
27. Восстановление нарушенных функций и способностей после инсульта
28. Реабилитационный потенциал. Противопоказания к реабилитации. Ограничения реабилитации
29. Реабилитация больных с легкой ЧМТ
30. Реабилитация больных со среднетяжелой и тяжелой ЧМТ в остром периоде
31. Реабилитация в промежуточном и отдаленном периодах тяжелой ЧМТ
32. Реабилитационные мероприятия в остром и раннем периодах ПСМТ (до 3 нед. после травмы)
33. Реабилитационные мероприятия в промежуточном и позднем периодах ПСМТ
34. Медикаментозная реабилитация больных с БП
35. Физическая реабилитация больных с БП
36. Реабилитационные мероприятия при спастических парезах
37. Реабилитационные мероприятия при спастичности
38. Реабилитационные мероприятия при мозжечковых нарушениях
39. Реабилитационные мероприятия при болевом синдроме
40. Нейропсихологические нарушения при РС
41. Реабилитация больных с центральными парезами
42. Реабилитация больных с периферическими парезами
43. Нарушение устойчивости вертикальной позы
44. Нарушение ходьбы
45. Нарушения координации (атаксия)

46. Когнитивные нарушения и деменция
47. Когнитивные нарушения и деменция при острых сосудистых заболеваниях головного мозга
48. Когнитивные нарушения и деменция при хронических заболеваниях ЦНС
49. Медикаментозная реабилитация больных с деменцией
50. Нейропсихологическая реабилитация больных с деменцией
51. Причины возникновения и частота нейрогенных дисфункций тазовых органов
52. Взаимосвязь между органами малого таза и понятием «тазовые функции»
53. Нейрогенные нарушения акта мочеиспускания
54. Нейрогенные нарушения дефекации
55. Нейрогенные нарушения половой функции (импотенция)
56. Реабилитация больных мужчин с нарушением половой функции
57. Лейкодистрофии
58. Амавротическая идиотия
59. Мукополисахаридозы
60. Гепатоцеребральная дистрофия
61. Фенилкетонурия
62. Альбинизм
63. Алкаптонурия
64. Сфинголипидозы
65. Аденогенитальный синдром,

V. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Оценочные материалы для определения уровня сформированности компетенций в результате освоения дисциплины является приложением к рабочей программе.

VI. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

6.1 Основная литература

1. Неврология [Электронный ресурс] в 2-х томах. / под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – Доступ из ЭБС Консультант врача». – текст: электронный. 11, ЭР.
2. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. образов. врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец.- 8-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 554 с. 7 экз.
3. Нервные болезни: учебник / В.А. Парфенов – Москва: МИА, 2018. – 494 с. 5 экз.

6.2 Дополнительная литература

1. Лекарственная терапия неврологических больных: для врачей и аспирантов / А.А. Скоромец - Москва: МИА, 2017. - 273 с. 5 экз.
2. Неврология. Том 1: Национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 877 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 2, ЭР.
3. Балязин-Парфенов И.В. Избранные вопросы неврологии, медицинской генетики: учебное пособие для студентов медицинских Вузов / И.В. Балязин-Парфенов

- фенов, В.А. Балязин, Н.С. Ковалева; Рост. Гос. Мед. Ун-т, каф. Нерв. Болезней и нейрохирургии. – Новочеркасск: Лик, 2020. – 222 с. 70 экз.
4. Неврология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник: для врачей / сост. А.И. Муртазин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 816 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 2, ЭР.
 5. Скоромец А.А. Атлас клинической неврологии: пособие для врачей, студентов, интернов и клинических ординаторов / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: МИА, 2020. – 432 с. 2 экз.
 6. Тактика врача-невролога: практическое руководство: для врачей, ординаторов и студентов медицинских вузов / под ред. М.А. Пирадова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 206 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 5, ЭР.
 7. Гудфеллоу Дж. Обследование неврологического больного = Pocket tutor neurological examination: Руководство: для врачей и студентов медицинских вузов / Д.А. Гудфеллоу; пер. С англ. Под ред. В.В. Захарова. – 2-изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 223, [1] с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 2, ЭР.
 8. Атлас МРТ- и МСКТ-изображений нейрохирургической патологии головного мозга и позвоночника: учебное наглядное пособие: для врачей и студентов медицинских вузов / П.Г. Шнякин, А.В. Протопопов, И.С. Усатова [и др.]. – Красноярск: Версо, 2021. – 255 с. 1 экз.
 9. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы: для врачей и студентов медицинских вузов / под ред. О.С. Левина, В.Н. Штока. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: МИА, 2019. – 520 с. 10 экз.
 10. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. В 3 томах. Том 3. Учение о нервной системе и органах чувств: учебное пособие: для студентов медицинских вузов / Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников, А.Я. Синельников; под общ. ред. А.Г. Цыбулькина. – 7-е изд., перераб. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 315 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 15, ЭР.

6.3 Периодические издания

№ п/п	Название издания	Архив	Доступ	ВАК ^{св} едения elibrary.ru	Примечание
1	Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова	2010-2016	Сайт: https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2017/2	ВАК	
2	Клиническая неврология (Москва)	2006 - 2016	Elibrary.ru: https://elibrary.ru/projects/subscription/rus_titles_free.asp		
		2010-2015	Фонд библиотеки РостГМУ (2014-2016 неполные комплекты)		

6.4 Интернет-ресурсы

	ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
5	Wiley : офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html	Контент открытого доступа
6	Российское образование. Единое окно доступа : федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
7	Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. - URL: http://srtv.fcior.edu.ru/	Открытый доступ
8	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
9	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	Открытый доступ
10	Cochrane Library : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
11	Кокрейн Россия: российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
12	Вебмединфо.ру : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ

13	Univadis from Medscape : международ. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
14	Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
15	Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru .	Бесплатная регистрация
16	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
17	МЕДВЕСТИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
18	PubMed : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям Национального центра биотехнологической информации (NCBI, США)]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
19	Cyberleninka Open Science Hub : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: https://cyberleninka.org/	Контент открытого доступа
20	Научное наследие России : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ
21	SAGE Openaccess : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage	Контент открытого доступа
22	EBSCO & Open Access : ресурсы открытого доступа. – URL: https://www.ebsco.com/open-access	Контент открытого доступа
23	Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/	Открытый доступ
24	ScienceDirect : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Контент открытого доступа
25	Taylor & Francis. Dove Medical Press. Open access journals : журналы открытого доступа. – URL: https://www.tandfonline.com/open-access/dove	Контент открытого доступа
26	Taylor & Francis. Open access books : книги открытого доступа. – URL: https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books	Контент открытого доступа
27	Thieme. Open access journals : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group. – URL: https://open.thieme.com/home	Контент открытого доступа
28	Karger Open Access : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index	Контент открытого доступа
29	Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
30	Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
31	Directory of Open Access Journals : [полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии]. - URL: http://www.doaj.org/	Открытый доступ
32	Free Medical Journals . - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
33	Free Medical Books . - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ
34	International Scientific Publications . – URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ

35	Эко-Вектор : портал научных журналов / IT-платформа российской ГК «ЭКО-Вектор». - URL: http://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
36	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
37	Южно-Российский журнал терапевтической практики / РостГМУ. – URL: http://www.therapeutic-j.ru/jour/index	Открытый доступ
38	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Открытый доступ
39	ФБУЗ « Информационно-методический центр » Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: https://www.crc.ru	Открытый доступ
40	Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru	Открытый доступ
41	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : офиц. сайт. - URL: https://roszdravnadzor.gov.ru/	Открытый доступ
42	Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
43	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
44	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. Сетевое издание. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
45	Словари и энциклопедии на Академике. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
46	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ

6.5 Методические указания для обучающихся по основной дисциплине

Для освоения дисциплины обучающиеся должны получить знания, овладеть умениями и навыками по специальности "аллергология и иммунология" в области неврологии, необходимыми для выполнения самостоятельной профессиональной деятельности. Обучающийся должен ознакомиться с программой обучения, основной и дополнительной литературой, периодическими изданиями, соответствующими направлению изучаемой дисциплины.

Контактная работа осуществляется в виде лекций и практических занятий. На лекциях излагаются актуальные вопросы современной неврологии в отношении заболеваний нервной системы. Семинарские и практические занятия способствуют овладению умениями и навыками диагностики, лечения, экспертизы и профилактики заболеваний нервной системы.

Самостоятельная работа обучающегося предусматривает изучение научной литературы (монографий, журнальных статей, диссертационных работ, нормативно-правовых документов, справочной литературы по пульмонологии с целью расширения научного кругозора в выбранной специальности и подготовки реферата, презентации или доклада по актуальным и/или нерешенным проблемам заболеваний нервной системы.

7.1. Учебно-лабораторное оборудование

1) 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 38/57-59/212-214 (№ 20, Литер III, 2-й этаж) Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа по дисциплине «Неврология» – Помещения укомплектованы специализированной учебной мебелью, имеется мультимедийный презентационный комплекс.

2) 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 38/57-59/212-214 (№ 40, Литер А, 1-2 этаж) № 1, № 2, № 3. Учебная аудитория для проведения занятий семинарско-практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине «Неврология». Имеются типовые наборы профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью: таблицы (11 шт.), неврологические молоточки (12 шт.), камертоны (12 шт.).

3) 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 38/57-59/212-214 (№ 28, Литер А-Я, 2-й этаж). Помещения для самостоятельной работы врачей по дисциплине – библиотека РостГМУ.

7.2. Технические и электронные средства

Представлены лекциями, проводимыми с помощью мультимедийных обучающих презентаций для помощи преподавателю, что позволяет удобно и наглядно представить материал; учебными видеоматериалами, которые представляют собой подборку учебных видеозаписей, соответствующих лекционному и практическому курсу, и способствуют лучшему пониманию учебного материала за счет повышения информационной плотности, степени восприятия, эмоциональной насыщенности; комплектами демонстрационных учебных плакатов, наглядных пособий, подобранными по темам учебных программ, использование которых предусмотрено методической концепцией преподавания).

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

Оценочные материалы

по дисциплине: **Неврология**

Специальность: Психиатрия-наркология

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

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-1 Способен к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Оказывает профилактическую деятельность: к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания в части неврологии

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 1	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	25 с эталонами ответов 50 вопросов для собеседования

ПК- 1:

Задания закрытого типа: **ВСЕГО 25 заданий.**

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Акалькулия, пальцевая агнозия, нарушение право-левой ориентации, конструктивная апраксия отмечаются при поражении

- 1) левой верхней височной извилины
- 2) левой угловой извилины**
- 3) мозолистого тела
- 4) правой угловой извилины
- 5) премоторной зоны

Эталон ответа: **2) левой угловой извилины**

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При апраксии (незавершенность, неловкость движений и их персеверации) процесс локализуется

- 1) премоторная зона**
- 2) надкраевая извилина
- 3) мозжечок
- 4) угловая извилина

Эталон ответа: **1) премоторная зона**

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Апраксия в левой руке возникает при поражении

- 1) правой премоторной зоны
- 2) правой надкраевой извилины
- 3) ствола мозолистого тела**
- 4) утолщения мозолистого тела

Эталон ответа: **3) ствола мозолистого тела**

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Нарушения схемы тела у правшей возникают при локализации патологического процесса

- 1) в левой верхней теменной доле
- 2) в правой верхней теменной доле
- 3) в левой нижней теменной доле
- 4) в правой нижней теменной доле

5) в области интерпарияльной борозды справа

Эталон ответа: **5) в области интерпарияльной борозды справа**

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Приступы жевательных, чмокающих, глотательных движений возникают при поражении

- 1) верхней височной извилины
- 2) нижних отделов передней центральной извилины
- 3) оперкулярной области лобной доли**
- 4) второй лобной извилины

Эталон ответа: **3) оперкулярной области лобной доли**

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ощущение лишней конечности, агнозия позы, пальцевая агнозия - характерные признаки поражения

- 1) левой лобной доли
- 2) левой верхней теменной доли
- 3) области интерпарияльной борозды справа**
- 4) мозолистого тела
- 5) левой затылочной доли

Эталон ответа: **3) области интерпарияльной борозды справа**

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При генерализованном судорожном эпилептическом приступе с предшествующей обонятельной аурой, процесс локализуется

- 1) гиппокамп**
- 2) островок
- 3) надкраевая извилина
- 4) лобная доля

Эталон ответа:

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При генерализованных судорожных эпилептических приступах и аносии с одной стороны процесс локализуется

- 1) гиппокамп
- 2) основание передней черепной ямки**
- 3) основание средней черепной ямки
- 4) лобная доля

Эталон ответа: **2) основание передней черепной ямки**

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении

- 1) наружных отделов зрительного перекреста
- 2) язычной извилины**
- 3) глубоких отделов теменной доли
- 4) первичных зрительных центров в таламусе

Эталон ответа: **2) язычной извилины**

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больной со зрительной агнозией

- 1)плохо видит окружающие предметы, но узнает их
- 2)видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
- 3)не видит предметы по периферии полей зрения
- 4)видит предметы, но не узнает их**

Эталон ответа: **4)видит предметы, но не узнает их**

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больной с моторной афазией

- 1)понимает обращенную речь, но не может говорить**
- 2)не понимает обращенную речь и не может говорить
- 3)может говорить, но не понимает обращенную речь
- 4)может говорить, но речь скандированная

Эталон ответа: **1)понимает обращенную речь, но не может говорить**

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больной с сенсорной афазией

- 1)не может говорить и не понимает обращенную речь
- 2)понимает обращенную речь, но не может говорить
- 3)может говорить, но забывает названия предметов
- 4)не понимает обращенную речь и не контролирует собственную**

Эталон ответа: **4)не понимает обращенную речь и не контролирует собственную**

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Амнестическая афазия наблюдается при поражении

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

Эталон ответа: **г)стыка височной и теменной доли**

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Как называется патология звукопроизводительной стороны речи вследствие нарушения иннервации речевой мускулатуры:

1. Афазия
2. Алалия
- 3. Дизартрия**
4. Заикание

Эталон ответа: 3 дизартрия

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Как называется распад всех компонентов речи вследствие поражения корковых речевых зон:

1. Алалия
- 2. Афазия**
3. Дизартрия
4. Мутизм

Эталон ответа: **2. Афазия**

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Как называется системное недоразвитие речи вследствие поражения корковых речевых зон в доречевом развитии:

1. Афазия
2. Алалия
3. Дизартрия
4. Дислалия
- 5. Верно 2,4**

Эталон ответа: **5. Верно 2,4**

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении гамма-спинтиграфии характерен

- 1) Для менингиом**

- 2) Для краниофарингиом
- 3) Для аденом гипофиза
- 4) Для неврином
- 5) Для астроцитов

Эталон ответа: 1) Для менингиом

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют

- 1) Большие судорожные припадки
- 2) Абсансы
- 3) Зрительные галлюцинации

4) Верхнеквадрантная гемианопсия

Эталон ответа: 4) Верхнеквадрантная гемианопсия

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гемианопсия при внутримозговой опухоли височной доли наступает в результате поражения

- 1) Перекреста зрительных нервов
- 2) Зрительного тракта
- 3) Первичных зрительных центров
- 4) Путей в лучистом венце

5) Верно &2), &4

Эталон ответа: 5) Верно &2), &4

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна

- 1) Моторная, сенсорная афазия
- 2) Сенсорная, амнестическая афазия**
- 3) Моторная, семантическая афазия
- 4) Сенсорная афазия, аутогнозизация
- 5) Моторная афазия, аутогнозизация

Эталон ответа: 2) Сенсорная, амнестическая афазия

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются

- 1) Двусторонний пирамидный парез в ногах
- 2) Нарушения координации
- 3) Астазия-абазия

4) Нарушения поведения

5) Битемпоральные дефекты поля зрения

Эталон ответа: 4) Нарушения поведения

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает

- 1) Моторная афазия
- 2) Сенсорная афазия
- 3) Семантическая афазия**
- 4) Амнестическая афазия

Эталон ответа: 3) Семантическая афазия

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

- 1) Эозинофильных
- 2) Базофильных
- 3) Хромофобных**
- 4) Для всех перечисленных типов в одинаковой степени

Эталон ответа: 3) Хромофобных

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны

- 1) Гомонимная гемианопсия
- 2) Биназальная гемианопсия
- 3) Битемпоральная гемианопсия**

4) Все перечисленное

Эталон ответа: 3) Битемпоральная гемианопсия

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают

1) В аденоме гипофиза

2) В краниофарингиоме

3) В арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла

4) В глиоме зрительного нерва

Эталон ответа: 2) В краниофарингиоме

Задания открытого типа: **ВСЕГО 75 заданий***

Вопросы для собеседования

1. Функциональная межполушарная асимметрия.

Эталон ответа: Межполушарная асимметрия отражает разницу функциональных процессов, протекающих в правой и левой части мозга. Латерализация представляет собой особенности морфологического строения и функций правой и левой половины мозга. Это онтогенетический процесс (подразумевает индивидуальное развитие организма), когда обе половины согласованно взаимодействуют, но одно из полушарий принимает большее участие в осуществлении определенных функций. Асимметрия (разнообразие, неравномерность) определяет разграничение функций мозговых структур в правой и левой половине головы. Важную роль в организации взаимодействия между половинами мозга играет мозолистое тело. В межполушарных взаимоотношениях при функциональной асимметрии мозолистое тело выполняет задачу межполушарного торможения для разделения активности половин мозга, что приводит к повышению эффективности обработки информации.

2. Локализация корковых центров в полушариях мозга

Эталон ответа: *Центры общих видов чувствительности* (корковый конец анализатора общей чувствительности – температурной, болевой, осязательной и проприоцептивной) – постцентральная извилина, верхняя теменная доля.

Центр стереогнозии – верхняя теменная доля, прилежит к заднему отделу постцентральной извилины. Стереогноз – трехмернопространственное чувство. При поражении центра больной перестает узнавать предметы на ощупь, без контроля зрения.

Центр слуха (корковый конец слухового анализатора) – медиальная поверхность верхней височной извилины (извилины Гешле), в глубине латеральной борозды.

Центр зрения (корковый конец зрительного анализатора) – на медиальной поверхности затылочной доли по обеим сторонам шпорной борозды.

Центр обонятельного анализатора – на нижней поверхности височной доли в области крючка и гиппокампа.

Ядро центра вкусовых восприятий – в самых нижних отделах постцентральной извилины, крючок морского коня.

Двигательная зона – область прецентральной извилины лобной доли и парацентральной дольке на медиальной поверхности полушария.

Центр сочетанного поворота головы и глаз в противоположную сторону – задние отделы средней лобной извилины.

3. Дискретный принцип деятельности левого полушария.

Эталон ответа: Левое полушарие действует по дискретному принципу, осуществляя дробление и анализ поступающей информации. Структуры же правого полушария, функционально организованные по голографическому принципу, выполняют главным образом суммирование, сопоставление и синтез поступающей информации. Соответственно левое полушарие является ведущим в осуществлении процессов абстрактной, символической интеллектуальной деятельности. Правое же – доминирует в реализации конкретно-образного мышления и эмоциональной деятельности. Как образно подчеркивает В. Л. Бианки, левое полушарие обладает «законодательной властью, а правое — исполнительной», левое полушарие определяет цели, а правое реализует их выполнение. Структуры левого полушария прогнозируют поведение организма в будущем,

в то время как правое полушарие отражает события настоящего, прошлого и работает в режиме реального времени.

4. Что такое гнозис

Эталон ответа: **Гнозис** в переводе с греческого означает «познание». Является высшей нервной функцией, обеспечивающей узнавание предметов, явлений, собственного тела. Для современного человека наиболее актуальными остаются зрительный и слуховой гнозис.

5. Какие расстройства гнозиса вы знаете

Агнозия — комплексное понятие, включающее все нарушения гностической функции. Расстройства **гнозиса** зачастую сопровождаются дегенеративными процессами ЦНС, наблюдаются при многих органических поражениях мозга, возникающих вследствие травм, инсультов, инфекционных и опухолевых заболеваний.

6. Что такое слуховая агнозия и ее проявления

Эталон ответа: Патология узнавания предметов и явлений внешнего мира по характерным звукам без визуального контроля. При этом проекционное корковое представительство слухового анализатора остается сохраненным. Так, пациент, закрыв глаза, не сможет определить часы по их тиканью, собаку по лаю, воду по журчанию и так далее. Патология возникает при поражении наружных отделов коры височной доли.

7. Что такое зрительная агнозия

Эталон ответа: Нарушение зрительного восприятия, при котором теряется возможность узнавать и определять информацию, поступающую через зрительный анализатор. Зрительные агнозии представляют собой расстройства зрительного восприятия, возникающие при поражении корковых структур задних отделов больших полушарий и протекающие при относительной сохранности элементарных зрительных функций

8. Что такое анозогнозия

Эталон ответа: Отсутствие критической оценки больным своего дефекта либо заболевания. К примеру, больной параличом при анозогнозии может рассказывать, как двигает парализованными конечностями, описывать, как он их согнул, поднял и т. д.

9. Что такое праксис

Эталон ответа: **Праксис** (греч. praxis — действие) — **координированное, сознательное произвольное движение или действие**. Праксис объединяет различные виды движений и действий (мануальных, локомоторных, движений глаз, речевой мускулатуры и др.). Для выполнения какого-либо двигательного акта необходимо совершить серию отдельных движений, соответствующих его общему замыслу. У каждого действия есть внутренний план, «кинестетическая мелодия».

10. Какие расстройства праксиса вы знаете

- Эталон ответа: Апраксия — это утрата навыков, выработанных в процессе индивидуального опыта сложных целенаправленных действий (бытовых, производственных и др.) без выраженных признаков центрального пареза или нарушения координации движений. Возникает при поражении теменно-височно-затылочной области доминантного полушария. При этом страдают обе половины тела. Виды апраксии: *конструктивная*; моторная, идеаторная, оральная, лобная.

11. Что такое идиаторная апраксия

- Эталон ответа: *идеаторная апраксия* — обусловлена утратой плана или замысла сложных действий (например, по просьбе показать, как закуривают папиросу, больной чиркает этой папиросой по коробку, потом достает спичку и протягивает ее ко рту). Больные не могут выполнять словесных заданий, особенно символических жестов (грозить пальцем, отдавать воинское приветствие и др.), но способны повторять,

подражать действиям исследующего. Возникает при поражении надкраевой извилины теменной доли доминантного полушария (у правой - левой) и всегда двусторонняя;

12. Что такое конструктивная апраксия

Эталон ответа: *конструктивная апраксия* – страдает, прежде всего, правильное направление действий; больным трудно конструировать целое из частей, например, сложить из спичек заданную геометрическую фигуру (ромб, треугольник, квадрат). Очаг поражения расположен в угловой извилине теменной доли доминантного полушария. Апраксические расстройства также двусторонние;

13. Что такое моторная апраксия

- Эталон ответа: *моторная апраксия, или апраксия выполнения Дежнерина*, отличается нарушением не только спонтанных действий и действий по заданию, но и по подражанию. Она часто односторонняя (например, при поражении мозолистого тела она может возникнуть только в верхней конечности). Больного просят разрезать бумагу ножницами, зашнуровать ботинок и т.д., но больной хотя и понимает задание, но не может его выполнить, проявляя полную беспомощность. Даже если показать, как это делается, все равно не может повторить движение;

14. Что такое амнезия

Эталон ответа: Амнезия – это патологическая утрата воспоминаний о текущих или прошедших обстоятельствах жизни. Входит в симптоматику неврологических заболеваний, психических расстройств, острых отравлений, хронических интоксикаций.

15. Что такое оральная апраксия

Эталон ответа: *оральная апраксия* - при поражении нижних участков постцентральной извилины доминантного полушария (у правой - левой), обычно сочетается с моторной афферентной афазией. Больной не может найти позиций речевого аппарата, нужных для произнесения соответствующих звуков, смешиваются близкие по артикуляции звуки, нарушается письмо

16. Что такое лобная апраксия

- Эталон ответа: *лобная апраксия* - при поражении лобной доли - происходит распад навыков сложных движений и программы действий с нарушением спонтанности и целенаправленности. Больной склонен к эхопраксии (повторяет движения исследующего) или инертным и стереотипным движениям, которые он не исправляет и не замечает.

17. Какие виды амнезии вы знаете

Эталон ответа: а) ретроградная – амнезия распространяется на события, предшествовавшие болезни, которые в свое время были хорошо усвоены

б) антероградная – амнезия распространяется на события, относящиеся к периоду болезни, ставшей причиной нарушения памяти.

в) антероретроградная

г) фиксационная амнезия - нарушение памяти преимущественно на текущие события, неспособность обучаться

18. Охарактеризуйте фиксационную амнезию

Эталон ответа: фиксационная амнезия - нарушение памяти преимущественно на текущие события, неспособность обучаться

19. Охарактеризуйте антероградную, ретроградную амнезию

Эталон ответа: антероградная – амнезия распространяется на события, относящиеся к периоду болезни, ставшей причиной нарушения памяти

Ретроградная – отсутствие памяти на события, имевшие место до дебюта расстройства.

Антероградная – нарушены воспоминания об обстоятельствах, произошедших после начала заболевания.

Антероретроградная – представляет собой комбинацию первых двух форм.

20. Что такое корсаковский амнестический синдром

Эталон ответа: Корсаковский амнестический синдром - сочетание фиксационной амнезии с парамнезиями, нарушением концентрации внимания. Может наблюдаться при церебральном атеросклерозе, последствиях травмы, либо как ведущий синдром в рамках Корсаковского психоза (алкогольная энцефалопатия, при которой нарушения памяти и интеллекта сочетаются с периферическим полиневритом).

Клинические характеристики Корсаковского синдрома:

- выраженные нарушения памяти на недавние события, грубо страдает способность усваивать новую информацию и оперировать ею (фиксационная амнезия), сохранено непосредственное воспроизведение
- долговременная память обычно относительно хорошо сохраняется
- конфабуляции
- нарушения концентрации внимания, дезориентировка во времени

21. Опишите транзиторную глобальную амнезию и ее причины

Эталон ответа: **Транзиторная глобальная амнезия** — преходящее нарушение памяти на текущие и прошлые события длительностью до суток. Сопровождается потерей ориентации при сохранении сознания собственной личности. Возможны некоторые временные нарушения высших нервных функций. В неврологии чаще всего причина это опухоли мозга.

22. Что такое прогрессирующая амнезия

Эталон ответа: *Прогрессирующая* – постепенно нарастающий распад памяти. Протекает в соответствии с законом Рибо, который протекает следующим образом. Если память представить себе в виде слоеного пирога, в котором каждый вышележащий слой представляет собой более поздно приобретенные знания и навыки, то прогрессирующая амнезия представляет собой именно послойное снятие этих навыков и знаний в обратном порядке – от менее отдаленных от настоящего времени событий до более поздних, вплоть до «памяти простейших навыков» - праксиса, исчезающего в последнюю очередь, что сопровождается формированием апраксии.

23. Определите понятие псевдореминисценции

Эталон ответа: *Псевдореминисценции (ложные воспоминания, «иллюзии памяти»)*

– представляют собой воспоминания о действительно имевших место событиях, которые относятся к иной отрезок времени. Чаще всего перенос событий осуществляется из прошлого в настоящее. Разновидностью псевдореминисценций являются *экмнезии* – стирание грани между настоящим и прошлым, в результате чего воспоминания далекого прошлого переживаются как происходящие в данный момент («жизнь в прошлом»).

24. Дайте определение понятию мышление

Эталон ответа: Мышление – это процесс обобщенного и опосредованного отражения, установление существующих связей и отношений между предметами и явлениями

действительности. Это познавательный процесс высокого уровня, который приводит к познанию законов природы и общественной жизни.

25. Какие виды мышления вы знаете

Эталон ответа: 1. **Наглядно-действенное мышление** – генетически наиболее ранняя форма мышления *и заключается в практической преобразовательной деятельности, осуществляемой с реальными предметами.*

2. **Наглядно-образное мышление** – это второй вид мыслительного процесса, который *осуществляется непосредственно при восприятии окружающей действительности и без этого осуществляться не может.*

3. **Понятийное мышление** – *это такое мышление, в котором используются определенные понятия.* При этом, решая те или иные умственные задачи, мы не обращаемся к поиску какой-либо новой информации, а пользуемся готовыми знаниями, полученными другими людьми с помощью специальных методов и выраженными в форме понятий, суждений, умозаключений.

4. **Теоретическое мышление** (его разновидности: понятийное и образное мышление) – *это познание законов, правил.*

5. **Словесно-логическое мышление** – вид мышления, *осуществляемый при помощи логических операций с понятиями.*

6. Основная задача **практического мышления** (наглядно-образное и наглядно-действенное) – *подготовка физического преобразования действительности: постановка цели, создание плана, проекта, схемы.*

26. Что такое врожденное слабоумие.

Эталон ответа: Врожденное слабоумие – это умственная отсталость **врожденное или приобретенное в раннем детстве (до 3 лет) состояние общего недоразвития психики с существенной недостаточностью интеллектуальных способностей.** Умственная отсталость может быть обусловлена различными этиологическими и патогенетическими факторами, действующими во время внутриутробного развития, родов или в первые годы жизни. Критерием диагностики умственной отсталости является $IQ < 70$.

27. Чем характеризуется задержка умственного развития

Эталон ответа: **Задержка умственного развития** – это темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания. Задержка психического развития характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе.

28. Что такое деменция

Эталон ответа: Деменция - это нейropsychиатрический синдром, в основе которого лежит приобретенное, длительное (более 6 мес.), прогрессирующее нарушение когнитивных функций головного мозга - мышления, внимания, памяти, речи, восприятия окружающей действительности, целенаправленной двигательной активности, ориентации в пространстве, узнавания времени и места.

29. Какие степени слабоумия вы знаете и охарактеризуйте их

Эталон ответа: Степени: идиотия, имбецильность, дебильность.

Самая глубокая степень умственной отсталости, в тяжелой форме характеризующаяся почти полным отсутствием речи и мышления: больные произносят лишь нечленораздельные звуки, как правило, не понимают смысла обращенной к ним речи, эмоциональные проявления элементарны, ограничены проявлением недовольства или удовольствия.

Имбецильность — **слабоумие (олигофрения) умеренной степени**

выраженности. Внешне заметное отклонение в психическом развитии обусловлено

патологическими процессами во внутриутробном или постнатальном периоде развития ребенка

Дебильность — самая легкая форма умственной отсталости, характеризующаяся значительным снижением способности к абстрактному мышлению и обобщению при сохранности моторики.

30. Что такое подкорковая деменция

Эталон ответа: **Подкорковая деменция** представляет собой заболевание, характеризующееся снижением познавательных навыков, без возможности приобретения новых. **Подкорковая деменция** развивается в результате поражения соответствующих структур головного мозга (подкорковых ядер, таламуса и их связей), что выражается значительными изменениями двигательной активности и незначительными расстройствами памяти, мыслительной функции и речевых навыков.

31. Опишите клинические проявления корковой деменции

Эталон ответа: брадифрения, нарушение внимания при относительно сохранной речи, праксиса и гнозиса; нарушение памяти при воспроизведении, ранние изменения поведения, апатичность, снижение мотивации, нарушение двигательных функций (ходьбы, постоуральная неустойчивость, псевдобульбарные расстройства); нарушение вегетативных функций (нейрогенный мочевой пузырь)

32. Классификация уровней сознания

Эталон ответа: Ясное сознание — полная его сохранность, адекватная реакция на окружающую обстановку, полная ориентация, бодрствование. Умеренное оглушение — умеренная сонливость, частичная дезориентация, задержка ответов на вопросы (часто требуется повторение), замедленное выполнение команд. Глубокое оглушение — глубокая сонливость, дезориентация, почти полное сонное состояние, ограничение и затруднение речевого контакта, односложные ответы на повторные вопросы, выполнение лишь простых команд. Сопор (беспамятство, крепкий сон) — почти полное отсутствие сознания, сохранение целенаправленных, координированных защитных движений, открывание глаз на болевые и звуковые раздражители, эпизодически односложные ответы на многократные повторения вопроса, неподвижность или автоматизированные стереотипные движения, потеря контроля за тазовыми функциями. Умеренная кома (I) — неразбудимость, хаотические некоординированные защитные движения на болевые раздражители, отсутствие открывания глаз на раздражители и контроля за тазовыми функциями, возможны легкие нарушения дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Глубокая кома (II) — неразбудимость, отсутствие защитных движений, нарушение мышечного тонуса, угнетение сухожильных рефлексов, грубое нарушение дыхания, сердечно-сосудистая декомпенсация. Запредельная (терминальная) кома (III) — атональное состояние, атония, арефлексия, витальные функции поддерживаются дыхательными аппаратами и сердечно-сосудистыми препаратами. Оценку глубины нарушения сознания в экстренных ситуациях у взрослого человека, не прибегая к специальным методам исследования, можно проводить по шкале Глазго, где каждому ответу соответствует определенный балл, а у новорожденных — по шкале Апгар.

33. Что такое коматозные состояния .

Эталон ответа: Кома (**коматозное состояние**) (от греческого κῆμα — глубокий сон) — остро развивающееся тяжелое патологическое **состояние**, характеризующееся прогрессирующим угнетением функций центральной нервной системы с утратой сознания, нарушением реакции на внешние раздражители, нарастающими расстройствами дыхания, кровообращения и других функций жизнеобеспечения организма.

34. Кетоацидотические комы причины, особенности развития.

Эталон ответа: Причины: поздняя диагностика СД, недостаточная доза инсулина, нарушение диеты (злоупотребление жирами, углеводами), интеркуррентное заболевание. Развитие: фаза продромы – прекоматозное состояние, постепенная утрата сознания. Симптомы: сухость и цианоз кожи и слизистых, сухой язык, гипотония мышц, тонус глазных яблок понижен, судорог нет, дыхание Куссмауля, пульс частый, слабого наполнения, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, иногда абдоминальный синдром, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, гипергликемия, гиперкетонемия, падение резервной щелочности крови, ацетонурия и гликозурия.

35. Гипогликемические комы причины, особенности развития

Эталон ответа: гипогликемическая кома. Причины: передозировка инсулина, нарушение режима питания (недостаточное питание, пропуск приема пищи). Лабильное течение заболевания. Большая физическая нагрузка, сопутствующие заболевания с рвотой и поносом. Быстрое развитие. Быстрая потеря сознания. Бледность и потливость. Язык влажный. Ригидность мышц, тризм жевательных мышц. Тонус глазных яблок нормальный. Судороги. Дыхание нормальное. Тахикардия/брадикардия. В начале развития гипогликемии повышение аппетита. Абдоминального синдрома не бывает. Нет запаха ацетона в выдыхаемом воздухе. Гипогликемия (но м.б. норма и даже гипергликемия). Гиперкетонемии нет. Резервная щелочность крови нормальная. Ацетонурии и гликозурии нет.

36. Клиническая характеристика аксиальной дислокации структур головного мозга травматической этиологии.

Эталон ответа: аксиальная дислокация бывает 2 видов: транстенториальное вклинение и вклинение в большое затылочное отверстие

Транстенториальное вклинение- при прогрессии этой дислокации развивается сдавление 3 пар черепных нервов, расширение зрачка, нарушение установки взгляда в сторону поражения, в дальнейшем возможно сдавление задней мозговой артерии и ишемией первичной зрительной коры, в дальнейшем сдавление контрлатеральной ножки мозга. Вклинение в большое затылочное отверстие- мозжечковое **вклинение**, сопровождающееся смещением миндалин мозжечка **в большое затылочное отверстие** и сдавлением продолговатого мозга. За счет сдавления артерий и вен возникают кровоизлияния и очаги ишемии в стволе головного мозга. Характерны: резкая головная боль, ригидность **затылочных** мышц, вынужденное положение головы, нарушения глотания, нарушение дыхания, брадикардия, расстройства сознания.

37. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Критерии диагностики.

Эталон ответа: Характерные клинические проявления: - увеличение размеров головы, преимущественно лобно-затылочной области, с преобладанием мозгового черепа над лицевым; - расхождение швов, увеличение размеров, выбухание и напряжение родничков; - резонирующий звук при перкуссии черепа, звук «треснувшего горшка»; - усиление рисунка кожных вен головы; - пронзительный «мозговой крик»; - «глазная» симптоматика в форме положительного симптома Грефе (появление полоски склеры над радужкой), «заходящего солнца» (при опускании глазных яблок книзу появляется полоска склеры над радужкой), экзофтальм, нистагм, косоглазие; - эмоционально-двигательное беспокойство, вздрагивание, тремор, мышечная дистония, повышение сухожильных рефлексов; - вегетативная дисфункция, нарушение терморегуляции; - срыгивания «фонтаном», рвота; - появление отека или «застойных дисков зрительных нервов» при исследовании глазного дна, в ряде случаев с явлением вторичной атрофии и снижением зрения; - увеличение размеров желудочков мозга (вентрикуломегалия) или расширение субарахноидальных пространств (наружная гидроцефалия) при исследовании методом нейросонографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии мозга; - повышение ликворного давления при исследовании методом люмбальной пункции; - увеличение

- размеров III желудочка (более 5 мм), боковых желу- дочков, дополнительные сигналы и увеличение амплитуды пульсаций при исследовании методом ЭХО-энцефалографии.
38. .Болезнь Альцгеймера, ведущие когнитивные расстройства.
Эталон ответа: утрата кратковременной памяти, нарушение способности мышления(аналитической, топологическо) , утрата самообслуживания, проявления раздрожительности, нетерпимости, бред приследования; нарушения речи, двигательные нарушения.
39. .Болезнь Пика, ведущие клинические симптомы и синдромы
Эталон ответаВ начальной стадии преобладают изменения личности с утратой выработанных моральных принципов(эгоистичность, асоциальное поведение, расторможенность инстинктов и потеря контроля над своими поступками, их реализация независимо от окружения и обстановки; снижение критики, булимия или абулия, гиперсексуальности и др. расстройств. Изменения речи сводятся к многократным повторам слов, фраз, шуток, историй или секретов (симптом «граммофонной пластинки»). Отмечается эйфория или апатия. Во второй стадии появляются и нарастают когнитивные нарушения. Возникает сенсомоторная афазия, алексия, аграфия и акалькулия, амнезия , агнозия и нарушения праксиса. Вначале расстройство когнитивных функций может носить эпизодический характер, затем оно становится постоянным и прогрессирует вплоть до полного интеллектуального разрушения личности. У ряда пациентов своеобразным проявлением становится кожная гиперальгезия (повышенная чувствительность).Третья стадия болезни Пика — глубокая деменция. Пациенты обездвижены вследствие крайней апраксии, дезориентированы, не способны к элементарным действиям по самообслуживанию, нуждаются в постоянной опеке
40. Деменция с тельцами Леви критерии диагностики
Эталон ответа:1 чаще встречается у мужчин
2.прогрессирующее интеллектуальное снижение,;3.раннее выявление паркинсонизма,4.яркие зрительные галлюцинации, нарушение обоняния, недержание мочи, характерна флюктуация расстройств.
41. Кориико-базальная дегенерация, ведущие клинические симптомы и синдромы
Эталон ответа: 1) чувствительные нарушения(чувство онемения, нарушение стериагноза и дискриминационного чувства, синдром чужой конечности);2)экстрапирамидные расстройства(акинетико-ригидный синдром, мышечные дистонии, постуральный тремор, миоклонии, возможны парез взора, мозжечковая атаксия, лобные симптомы: паратонии, сосательные и хватательный рефлекс);
3) дизартрия, динамическая афазия, апраксия,дебют с нарушение походки в нижних конечностях.
4) когнитивные нарушения
42. Прогрессирующий надъядерный паралич, ведущие клинические симптомы и синдромы
Эталон ответа: 1)офтальмоплегия(паралич взора по вертикальной плоскости)
2) интеллектуальное снижение, расстройства абстрактного мышления и памяти, зрительно-пространственная апраксия, элементы агнозии.
3)псевдобульбарный синдром: диартрия дисфагия, насильственный плач
4) сниженной работоспособностью, цефалгиями, головокружением, пониженным настроением, сужением круга интересов нарушениями сна, включающими бессонницу ночью и гиперсомнию днём
5) акинетико –ригидный синдром. Мышечная ригидность выражена преимущественно в аксиальной мускулатуре — мышцах, идущих вдоль шейного отдела позвоночника, соединяющих его с черепом
43. .Болезнь Паркинсона, клинические формы

Эталон ответа: дрожательная, ригидная, акинетическая, дрожательно-ригидная и акинетико-ригидная

44. Прогрессирующий надъядерный паралич определение

Эталон ответа: **Прогрессирующий надъядерный паралич** — это дегенеративное церебральное заболевание с преимущественным поражением среднего мозга, ядерно-корковых путей, подкорковых образований. Составляющими клинической картины выступают акинетико-ригидная форма паркинсонизма, атаксия, офтальмоплегия, когнитивное снижение, псевдобульбарный синдром.

45. Мультисистемная атрофия, ведущие клинические симптомы и синдромы

Эталон ответа: **Мультисистемная атрофия** — прогрессирующая дегенеративная патология головного мозга с преимущественным поражением глиальных клеток базальных ганглиев, мозжечка, вегетативных центров. Клинически проявляется сочетанием паркинсонизма с мозжечковой, вегетативной и пирамидной недостаточностью.

46. Кортикобазальная дегенерация определение

Эталон ответа: Кортикобазальная **дегенерация** — это отдельная клиническая форма избирательного дегенеративного процесса с преимущественным поражением лобно-теменной коры и подкорковых ганглиев. Клинические проявления патологии полиморфны, включают паркинсонизм, расстройство праксиса, тремор, миоклонии, фокальные дистонии, речевые нарушения.

47. Перечислите основные причины развития синдрома паркинсонизма

Эталон ответа 1): идиопатическая (болезнь паркинсона)

2) интоксикационная (отравление СО, марганцем, эфедрон и т.д)

3) энцефалитическая (хроническая стадия энцефалита)

4) травматическая (болезнь боксеров)

5) сосудистая (инсульты, энцефалопатии, васкулиты)

6) лекарственная (неролептики, циннаризин, циракуал и т.д)

7) наследственно-дегенеративные заболевания (паркинсонизм плюс)

8) опухоли головного мозга)

48. Хорея Гентингтона, дать определение

Эталон ответа: **Хорея Гентингтона** — это наследственное, медленно прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся хореическими гиперкинезами, психическими нарушениями и прогрессирующей деменцией. Заболевание диагностируется с помощью молекулярно-генетического анализа и томографии головного мозга.

Этиотропного лечения не разработано. Пациентам проводится симптоматическая терапия, направленная на подавление гиперкинезов.

49. Синдром хореи-акантоцитоз что это

Эталон ответа: Хорея-акантоцитоз — это редкое аутосомно-доминантное, аутосомно-рецессивное, Х-сцепленные рецессивные и спорадические наследственное прогрессирующее неврологическое заболевание, проявляющееся гиперкинезами (хорея и дистония), психическими расстройствами и наличием макантоцитов (эритроцитов с шипообразными выпячиваниями). Иногда в клинической картине присутствуют паркинсонизм, эпилептические приступы, нерезкие нейропатические и миопатические расстройства, а также кардиомиопатия.

50. Что такое синдром Леша-Нихана

Эталон ответа: **Синдром Леша-Нихана** — это наследственное заболевание, которое возникает при нарушении обмена пуринов, избыточном накоплении мочевой кислоты в организме. Развивается вследствие генетической мутации, вызывающей дефицит фермента ГФРТ. Проявляется приступами подагры, тяжелым неврологическим дефицитом,

самоповреждающим поведением. Диагностика болезни проводится путем биохимических анализов, генетического исследования, методов нейровизуализации.

Ситуационная задача:

Задание 1.

У больного периодически возникают подергивания правой руки и мышц половины лица справа без нарушения сознания. Где локализуется патологический очаг и как называются припадки?

Эталон ответа: Это Джексоновская эпилепсия. Патологический очаг локализуется в передняя центральная извилина слева

Задание 2

Больной разучился одеваться, не может пользоваться чашкой, ложкой. Где локализуется патологический очаг и как называется нарушение?

Эталон ответа: Апраксия. Надкраевая извилина

Задание 3

У больного выявляется астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Больной правша. Определите топический диагноз:

Эталон ответа: **Левая теменная доля**

Задание 4

Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, склонен к плоским шуткам, неопрятен. Где локализуется патологический очаг и как называется нарушение?

Эталон ответа: Лобная доля . Лобная психика

Задание 5

У больного отмечается отклонение языка влево и сглаженность носогубной складки слева, без атрофии мышц. Определите топический диагноз:

Эталон ответа : Нижняя треть передней центральной извилины справа

Задание 6

При исследовании высших корковых функций у пациента выявили моторную апраксию, идиаторную апраксию, конструктивную апраксию. Определите зону топического поражения ?

Эталон ответа: поражении надкраевой извилины нижней теменной доли доминантного полушария.

Задание 7.

Синдром Бурденко-Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь и слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен

Эталон ответа: Общностью иннервации структур передней и задней, черепной ямки

Задание 8

Пациент поступил в приёмный покой больницы после дорожно-транспортного происшествия. Пациент дезориентирован в пространстве и времени, собственной личности: на вопросы отвечает кратко, ответы не соответствуют сути заданного вопроса. При речевом контакте быстро истощается: речь замедляется, пациент закрывает глаза и прекращает говорить, однако при громком обращении к пациенту он открывает глаза, кратко отвечает на заданный вопрос. Описать форму расстройства сознания.

Эталон ответа: угнетение сознания глубокое оглушение

Задание 9

Пациента обнаружен дома бригадой скорой медицинской помощи, вызванной соседями пациента в связи с неадекватным поведением на фоне систематической алкоголизации, прекратившейся вследствие финансовых проблем. Пациент дезориентирован в пространстве и времени, частично ориентирован в собственной личности. Предъявляет жалобы на наличие пугающих зрительных и слуховых галлюцинаций, усиливающихся к вечеру. Речевой контакт ограничен, пациент не всегда понимает суть заданных вопросов. Поведение отражает содержание галлюцинации: пациент испуган, эпизодически возникает психомоторное возбуждение. Описать форму расстройства сознания.

Эталон ответа: помрачение сознания: делирий

Задание 10

У пациента эпизодически в течение 5-20 секунд возникает прекращение текущей деятельности: глаза открыты, фиксирован взгляд, прекращается текущая деятельность; однако мышечный тонус сохранён, предметы в руках удерживает; насильственных движений нет. Описать форму нарушения сознания.

Эталон ответа: Пароксизмальное расстройство сознания: генерализованные эпилептические приступы в виде простых абсансов.

Задание 11

У пациента утренние головные боли умеренной и высокой интенсивности, уменьшающиеся при переходе в вертикальное положение, тошнота и рвота на высоте головной боли, преходящее снижение остроты зрения. При осмотре офтальмологом глазного дна выявлены застойные диски зрительных нервов. Определить клинический синдром.

Эталон ответа: Синдром внутричерепной гипертензии

Задание 12. У пациента выраженные головные боли с тошнотой и рвотой; фото-, фоно-, тактильная гиперестезия. Определяется ригидность заднешейных мышц (4 поперечных пальца), симптом Кернига, положительные симптомы Брудзинского верхний, средний и нижний. Определить клинический синдром.

Эталон ответа: менингеальный синдром

Задание 13. У пациента с признаками менингеального синдрома выполнена люмбальная пункция. При люмбальной пункции выявлено повышение ликворного давления (до 250 мм.водного столба), ликвор бесцветный,

опалесцирующий; белок 1,0 г/л, глюкоза 1,8 ммоль/л, лимфоцитарный плеоцитоз: 100 клеток в 1 мкл. Определить клинический синдром.

Эталон ответа: ликворный воспалительный серозный синдром

Задание 14

Пациентка проживает одна в сельской местности, её дети, навещая её, замечают, что она становится всё более забывчивой. В беседе с больной определяются выраженные затруднения в подборе слов с её стороны. Со слов дочери у пациентки имеются затруднения в воспроизведении событий, ориентации во времени. При неврологическом осмотре очаговых неврологических расстройств не выявлено; выявляются нарушения счёта и праксиса. При проведении исследования по Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) пациентка набрала 21 балл из 30. Пациентка не может вспомнить предъявленные 3 слова через 3 минуты. При МРТ головного мозга описана гипотрофия медиальных отделов височных долей. Описать клинические синдромы (тип нейропсихологических нарушений).

Эталон ответа: 1. Тип когнитивных нарушений корковый (операциональный).

2. Клинический диагноз: болезнь Альцгеймера

3. Рекомендуются использование центральных антихолинэстеразных препаратов (ривастигмин, галантамин, ипидакрин).

Задание 15

На приём к врачу обратился мужчина 69 лет с жалобами на рассеянность внимания, повышенную утомляемость, снижение памяти, шаткость и неуверенность при ходьбе. Страдает артериальной гипертензией более 10 лет с повышением артериального давления до 180/100 мм.рт.ст., антигипертензивные препараты систематически не принимает; считает, что «привык к своему давлению». В анамнезе перенесённый 4 года назад ишемический инсульт с лёгким правосторонним гемипарезом с хорошим восстановлением. Образование среднее профессиональное, работал слесарем. Курит с 20 лет по 1 пачке в 2 дня. Со слов жены пациент «стал плохо соображать, стал замедленным», стал более раздражительным; не справляется с бытовыми обязанностями.

В неврологическом статусе лёгкая гипомимия, положительные рефлексы орального автоматизма. Гипокинезия; сухожильные рефлексы выше справа, патологические стопные рефлексы справа. Незначительный пластический мышечный гипертонус в руках и ногах. Чувствительных выпадений нет. При ходьбе шаг укорочен, шарканье ног.

Выполнена оценка по Краткой шкале оценки психического статуса: забыл 2 слова из 3, сделал 2 ошибки в серийном счёте, набрал 25 баллов. Нарушена функция обобщения; выраженная замедленность при выполнении нейропсихологических проб.

МРТ головного мозга: множественные лакунарные инфаркты в области подкорковых базальных ганглиев и внутренней капсулы с двух сторон; перивентрикулярный и субкортикальный лейкоареоз.

Описать клинические синдромы (в том числе тип нейропсихологических нарушений), клинический диагноз, рекомендуемую терапию.

Эталон ответа:

1. У пациента выраженные когнитивные расстройства нейродинамического (субкортикального) и лобного типа; амиостатический синдром (синдром паркинсонизма), резидуальный центральный правосторонний гемипарез.

2. Сосудистая деменция (гипертензивная энцефалопатия).

3. Рекомендована систематическая антигипертензивная (например лозартан

внутри) и антиагрегантная терапия. Возможно назначение акатинола мемантина с увеличением дозы до 20 мг в сутки.

Задание 16

Пациент Б, 67 лет считает себя больным в течение 2 лет, когда возникла общая двигательная замедленность. Год назад нарастающее снижение когнитивных функций достигло степени деменции. Возник первый эпизод спутанности сознания, зрительных галлюцинаций: пациент дома перестал узнавать близких людей, стал агрессивным, видел дома посторонних людей. Данный эпизод прекратился без лечения, пациент полностью его амнезировал. Всего наблюдалась 3 таких эпизода.

В неврологическом статусе умеренно выраженные признаки синдрома паркинсонизма с преобладанием гипокинезии, пластический мышечный гипертонус, тремора покоя нет. Возникают эпизоды пропульсии и ретропульсии.

Пациент дезориентирован в месте, времени, ориентирован в собственной личности. Верно рассказывает о событиях давнего времени. По Краткой шкале оценки психического статуса набрал 20 баллов: ошибки при назывании даты, места; воспроизведении слов, повторении предложения, выполнении трехэтапной команды, рисовании фигур.

Грубо нарушены зрительно-пространственные функции: не способен выполнить пробу «кулак-ребро-ладонь», не может нарисовать куб и выполнить тест пятиугольников. При выполнении всех заданий отмечается замедленность и быстрая истощаемость.

У пациента определяется выраженная ортостатическая гипотензия, похудание, эпизоды недержания мочи.

Эталон ответа: 1. Когнитивные нарушения нейродинамического и коркового типа; психотические нарушения со зрительными галлюцинациями; паркинсонизм, периферическая вегетативная недостаточность.

2. Деменция с тельцами Леви.

3. Возможно назначение дофаминергической терапии; центральных ингибиторов ацетилхолинэстеразы; противопоказано назначение типичных нейролептиков (при психотических эпизодах возможно назначение атипичных нейролептиков).

Задание 17

1. Пациент К., 62 лет. Заболел 5 лет назад когда появился тремор в правой руке в покое; дрожание в течение 1 года распространилось на правую ногу, а затем на противоположную сторону, появилась замедленность движений и пластический мышечный гипертонус. Обратился к неврологу, установлен диагноз «синдром паркинсонизма»; назначен прамипексол, при этом тремор уменьшился незначительно, уменьшилась выраженность гипокинезии, пластического мышечного гипертонуса. Родственники пациента отмечают замедленность темпа мышления, воспроизведения информации; замедление темпа речи, которые не приводят к дизадаптации в быту. В неврологическом статусе умеренная гипокинезия, пластический мышечный гипертонус более выраженный справа; тремор покоя более выраженный в правых конечностях. При использовании Краткой шкалы оценки психического статуса, Батареи лобной дисфункции нарушений не выявлено, однако значительно снижен темп деятельности, затруднено переключение с одного вида деятельности на другой. МРТ головного мозга: умеренная наружная и внутренняя гидроцефалия. Описать клинические синдромы, установить клинический диагноз, тактику ведения больного.

Эталон ответа: 1. Паркинсонизм; умеренные когнитивные нарушения нейродинамического

типа (подкоркового типа).

2.Болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидная форма, стадия 2.0.

3.Улучшение когнитивного статуса возможно при назначении дофаминергических препаратов

Задание 18

Пациент С., 60 лет. Жалобы на нарушения ходьбы, падения при ходьбе; нарушение контроля за функцией тазовых органов; замедление темпа мышления, сложности в планировании повседневной деятельности. Болен около 2 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. Нарушение памяти, мышления и ходьбы нарастают, пациенту назначались дофаминергические препараты, которые оказались неэффективными. При осмотре определяется замедление темпа речи, положительные рефлекс орального автоматизма, лобная дисбазия, затруднения при инициации ходьбы, поворотах и остановках; пациент отмечает наличие острых позывов на мочеиспускание, которые не всегда контролирует. При нейропсихологическом тестировании выраженные нарушения при реализации тестов батареи лобной дисфункции; определяется выраженное замедление темпа выполнения данных тестов.

МРТ головного мозга: выраженная внутренняя гидроцефалия.

Неврологом предложена пациенту и выполнена процедура люмбальной пункции: выведено 40 мл цереброспинальной жидкости, что привело через 1-2 дня к улучшению когнитивных, двигательных и тазовых расстройств.

Описать клинические синдромы, установить клинический диагноз, тактику ведения больного.

Эталон ответа:

1.Лобно-подкорковая деменция; лобная дисбазия; нейрогенный (корковый незаторможенный) мочевого пузыря.

2.Арезорбтивная нормотензивная гидроцефалия.

3.Показаны повторные люмбальные пункции с выведением не менее 40 мл цереброспинальной жидкости, при их эффективности – рекомендовано вентрикуло-перитонеальное шунтирование.

Задание 19

Пациентка 68 лет, пришла на приём к врачу общей практики в сопровождении сына. Активно жалоб не предъявляет, при опросе установлено, что пациентка ощущает пониженный фон настроения, снижение мотиваций, отсутствие удовлетворения от любимых занятий. Сын отмечает забывчивость матери в течение последнего 1 месяца. 0,5 года назад пациентка была на приёме и подобных нарушений не имела. 2 месяца назад у женщины умер муж, возникли конфликты в семье детей. При опросе отвечает на вопросы односложно. При оценке соматического и неврологического статуса без особенностей, в исследование включается неохотно. При нейропсихологическом опросе на большинство вопросов отвечает: «Я не знаю». Показатели клинических анализов крови; уровня тиреоидных гормонов в пределах нормы. При МРТ головного мозга признаки незначительного расширения желудочковой системы. Вопросы. 1. Установить ведущий клинический синдром. 2. Установить клинический диагноз. 3. Определить лечебную тактику.

Эталон ответа:

1. Депрессивное расстройство (псевдодеменция).

2. Депрессия.

3. Назначение антидепрессантов; желательно исключение приёма трициклических антидепрессантов

Задание 20

Больной С., 50 лет. Заболевание началось пять лет назад с сильных стреляющих болей в ногах. Затем появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» и «онемения» в стопах, ощущение как будто у него под ногами резина или вата, шатание и неуверенность при ходьбе в темноте, а также при умывании лица. Однажды возникла «кинжальная» боль в верхней части живота, сопровождавшаяся мучительной рвотой. Был доставлен в приемное отделение больницы по поводу «острого живота». Однако боль внезапно прекратилась» и больной был отпущен домой. В последующем «стреляющие», «режущие» боли в ногах и приступообразные сильные боли в животе, сопровождавшиеся рвотой» периодически повторялись. При амбулаторном исследовании заболеваний внутренних органов не выявлено. Год назад резко ухудшилось зрение. Подобрать очки для улучшения зрения не удалось. В последнее время присоединились затруднение при мочеиспускании и значительная слабость. Объективно: острота зрения на оба глаза 0,3. На глазном дне отмечены явления первичной серой субатрофии сосков зрительных нервов. Зрачки овальной формы, узкие, левый зрачок шире правого (анизокория), реакция их на свет вялая, но живая на конвергенцию и аккомодацию (симптом Аргайля - Робертсона). Сила рук и ног хорошая, тонус мышц ног снижен. Сухо-жильные и надкостничные рефлексы с рук вызываются, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. При пробе Ромберга шатается и падает, однако, открыв глаза, обретает Остойчивость. При ходьбе слишком высоко поднимает и широко расставляет ноги, сильно ударяя подошвой, преимущественно пяткой о пол. С закрытыми глазами ходить не может: шатается и падает. Координаторные пробы руками выполняет хорошо, но пяточно-коленную пробу обеими ногами плохо. Не различает направления пассивных движений пальцев стоп. В дистальных отделах ног снижена тактильная чувствительность. Общий анализ крови и мочи без патологических особенностей. Реакция Вассермана в крови отрицательная, РИБТ и РИФ —положительные. Спинномозговая жидкость: белок — 0,60‰, цитоз 60/3, реакции Вассермана, РИБТ и РИФ положительные, реакция Ланга —паралитическая кривая. Определить и обосновать топический диагноз. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Поставить и обосновать клинический диагноз.

Эталон ответа: 1. Неврологические синдромы: расстройство глубокой чувствительности по проводниковому (спинальному) типу; сенситивная заднестолбовая атаксия, двухсторонняя амблиопия, симптом Аргайля-Робертсона.

Топический диагноз: поражение задних столбов спинного мозга, зрительных нервов.

Клинический диагноз: Поздний нейросифилис, спинная сухотка.

Задание 21

. Пациент Ф., 21 год. Через три недели после перенесенного гнойного отита повысилась температура тела до 39°C, появилась сильная головная боль, повторная рвота, спутанность сознания. При осмотре: больной оглушен, дезориентирован в месте и времени, ориентация в собственной личности частично нарушена, на вопросы отвечает односложно; горизонтальный нистагм, сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правой руке и ноге до 3 баллов, сухожильные рефлексы D>S, патологические кистевые и стопные знаки справа и выраженные менингеальные симптомы: ригидность затылочных

мышц 3 поперечных пальца, симптом Кернига. Ликвор: вытекает под давлением 320 мм вод.ст., мутный, плеоцитоз –2000 в 1 мкл (нейтрофилы), белок – г/л, сахар –0,15 ммоль/л. При бактериоскопии ликвора обнаружены грамположительные диплококки. Описать клинические синдромы. Установить топический и клинический диагнозы.

Эталон ответа: Неврологические синдромы: расстройство сознания по глубине: глубокое оглушение, менингеальный синдром, центральный правосторонний умеренный гемипарез, воспалительный ликворный синдром (признаки гнойного воспаления).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли, поражение мозговых оболочек.

Клинический диагноз: Отогенный гнойный менингоэнцефалит.

Задание 22

Пациентка М. 40 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной головной боли, длившейся около часа. В последующем приступы повторялись 1-2 раза в месяц. Спустя полгода продолжительность приступов головной боли увеличилась и нарастала ее интенсивность. Затем она стала постоянной, периодически усиливаясь после сна, при физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе, натуживании. Боль ощущается в глубине головы и носит распирающий характер. Иногда сопровождается рвотой, чаще утром, после сна, без предшествующей тошноты и неприятных ощущений в области живота. Несколько дней назад больной проснулся от сильной головной боли, почти ничего не видя. Спустя полчаса острота зрения постепенно восстановилась. Объективно: АД — 145/87 мм.рт. ст. Пульс 53 удара в минуту, ритм правильный. Острота зрения на оба глаза 0,7, не корректируется линзами. Определяется левосторонняя гемианопсия с сохранным центральным полем зрения. Отечные диски соски зрительных нервов без атрофии. Зрачки хорошо реагируют на свет при освещении щелевой лампой поочередно обеих половин сетчатки. Двигательные, координаторные и чувствительные расстройства отсутствуют. Возник генерализованный судорожный припадок, которому предшествовали зрительные нарушения- яркое пятно в поле зрения. Анализ крови без патологии. Спинномозговая жидкость прозрачная бесцветная, белок — 1,2 г/л, цитоз — 6 в мкл. Температура 36,7°. Остеопороз спинки турецкого седла. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Эталон ответа:

Клинические синдромы: внутричерепная гипертензия, левосторонняя корковая гемианопсия, парциальный зрительный эпилептический приступ с вторичной генерализацией.

Опухоль правой затылочной доли.

Задание 23

И., 38 лет, поскользнувшись, упал, ударился головой, на несколько минут потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту. Был немедленно госпитализирован. Объективно: АД —155/88 мм рт. ст. Пульс 54 удара в минуту, ритм правильный. Определяется легкая ригидность мышц затылка. Глазное дно: начальные явления застоя сосков зрительных нервов. Опущен левый угол рта. Язык отклоняется влево. Сила левой руки несколько снижена. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Брюшные рефлексы слева

снижены. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре у больного развился приступ тонической судороги левой кисти. Приступ продолжался три минуты, протекал без расстройства сознания. В ликворе единичные эритроциты, белок — 0,6 г/л, цитоз — 5 в мкл. На краниограмме патологии не обнаружено. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Эталон ответа : Синдромы: менингеальный синдром, внутричерепная гипертензия, центральный левосторонний гемипарез, парциальные моторные судороги в левой кисти.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение/раздражение правой лобной доли (прецентральной извилины).

Клинический диагноз: ушиб головного мозга средней степени тяжести. _

Задание 24

Дочь привела на осмотр к неврологу свою 78летнюю мать, так как она последний год перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дому, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов дочери в течении 5-6ти лет у мамы нарушилась с память, она начала терять интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия. Поставьте предположительный диагноз. Назначьте обследование и лечение.

Эталон ответ: Сосудистая деменция.

Клинический анализ крови, БХ, коагулограмма, ЭКГ, КТ, МРТ.

Регулирование АД, анти-ХЭ препараты, дегидратационная терапия, вазоактивные препараты, нейтропротекторы.

Задание 25

Больной 58 лет утром, жалуется на тремор в кистях рук и в ногах, быструю утомляемость, изменения речи, частые позывы на мочеиспускание, затруднение при подъеме с кресла. Подобные жалобы беспокоят последние 3 года. Из анамнеза известно, что пациент состоит на учете в городском эпилептическом центре и длительное время принимает противоэпилептическую терапию. Объективно: мелкокоразмашистый тремор по типу «счета монет» в кистях, а также в ногах, уменьшающийся при движениях. Речь тихая, монотонная. При ходьбе отмечаются про-, ретропальсии. Тонус в конечностях повышен по экстрапирамидному типу. Топический и клинический диагноз? Причины возникновения болезни? Лечение?

Эталон ответа: Паркинсонизм. Препараты дофамина (леводопа, наком), центральные холинолитики (циклодол), антагонисты дофаминовых рецепторов (пропаран), психотерапия, лечебная физкультура.

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
Неспособность обучающегося самостоятельно	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в	Обучающийся демонстрирует самостоятельное	Обучающийся демонстрирует способность к

продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	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.	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	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.
---	---	---	---

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 для отдельных форм контроля необходимо выбрать, исходя из прописанных в п. 2.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) 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	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа

	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 основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность 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 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 требования,	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две

	предъявляемые к заданию, выполнены		уверенные навыки решения ситуации	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