

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

Кафедра неврологии, восстановительной медицины с курсом остеопатии

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
д.м.н. проф. Балязина Е.В.

«18» июня 2024 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
«ПРАКТИКА (ВАРИАТИВНАЯ)»**

**основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры
Специальность 31.08.42 Неврология**

Направленность (профиль) программы неврология

**Блок 2
Практика (Б2.В.01)**

**Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации**

Форма обучения очная

**Ростов - на - Дону
2024г.**

Рабочая программа производственной практики «Практика (вариативная)» разработана преподавателями кафедры неврологии, восстановительной медицины с курсом остеопатии в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.42 Неврология, утвержденного приказом Минобрнауки России № 103 от 02.02.2022 года(ред. От 19.07.2022), и профессионального стандарта «Врач – невролог», утвержденного приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 29 января 2019 г. № 51н)

Рабочая программа дисциплины (модуля) составлена:

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность, кафедра
1	Балязина Елена Викторовна	Профессор,д.м.н	Профессор кафедры неврологии и восстановительной медицины с курсом остеопатии
2	Черникова Ирина Владимировна	Доцент, к.м.н.	Заведующая кафедрой неврологии и восстановительной медицины с курсом остеопатии
3	Сорокин Юрий Николаевич	Доцент, к.м.н.	Профессор кафедры неврологии и восстановительной медицины с курсом остеопатии
4	Сафонова Ирина Александровна	Доцент, к.м.н.	Доцент кафедры неврологии и восстановительной медицины с курсом остеопатии

Рабочая программа производственной практики «Практика (вариативная)» обсуждена и одобрена на заседании кафедры неврологии, восстановительной медицины с курсом остеопатии)

1. Цель программы практики

Целями программы производственной практики «Практика (вариативная)» являются закрепление теоретических знаний по 31.08.42 Неврология, приобретение и совершенствование умений и навыков, необходимых для осуществления профессиональной деятельности врача-невролога, способного оказывать медицинскую помощь, включая обследование, лечение, в том числе при неотложных состояниях, профилактику, реабилитацию, экспертизу, приобретение опыта в решении основных профессиональных задач в реальных условиях.

2. Задачи программы практики

Задачей клинической практики первого года обучения является формирование у обучающихся компетенций, включающих в себя способность/готовность:

- выстраивать корректные и доверительные взаимоотношения с пациентом и его окружением;
- диагностировать неврологические заболевания, собирать и анализировать информацию о нем, выяснить субъективные и объективные сведения;
- использовать методики расспроса больного, наблюдения за пациентом, сбора анамнестических и катамнестических сведений, анализа получаемой информации, использования клинико-лабораторных методов исследования, применяемых в неврологии.;
- оценивать степень тяжести состояния больного, причины его патологии;
- определять объем и последовательность диагностических процедур, освоить базовые клинические и лабораторно-инструментальные методы обследования больного, особенно в случаях, требующих неотложной или интенсивной медицинской помощи;
- определять объем и последовательность терапевтических и или хирургических мероприятий (стационарное, амбулаторное лечение);
- пользоваться методикой подбора адекватной терапии, уметь оказывать необходимую срочную первую помощь при неотложных состояниях;
- оформлять медицинскую документацию: истории болезни, амбулаторные карты, направления на медико-социальную экспертизу (далее МЭС), статистические талоны, рецептурные бланки.

Задачей клинической практики второго года обучения является формирование у обучающихся компетенций, включающих в себя способность/готовность:

- к применению клинического мышления, дифференцируя общие и специфические признаки заболеваний неврологического профиля;
- определять показания к госпитализации, организовывать ее в соответствие с состоянием больного; проводить дифференциальную диагностику основных неврологических

заболеваний, обосновать клинический диагноз;

- разрабатывать схему, план и тактику ведения больного в сложных клинических случаях, обосновать дифференциальный диагноз, показания и противопоказания к назначению фармакотерапии, физио- и других видов лечения; разработать план подготовки больного к терапии, определить соматические противопоказания;

- определять необходимость специальных методов исследования (лабораторных, инструментальных), организовывать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты;

- использовать методики распознавания и оказания помощи при неотложных состояниях;

- решать экспертные вопросы, касающиеся трудоспособности и профессиональной деятельности больного, оформлять должным образом листы временной нетрудоспособности.

3. Требования к результатам освоения программы практики

В результате прохождения производственной практики «Практика (вариативная)» обучающийся должен приобрести практические навыки, умения, на формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций у обучающихся в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

Таблица 1

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
ОПК-4: способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	Знать	<ul style="list-style-type: none">-Анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга, строение опорно-двигательного аппарата-Основные физикальные методы обследования нервной системы-Основы топической и синдромологической диагностики неврологических заболеваний-Признаки центрального и периферического пареза, боковой амиотрофический синдром-Типы расстройств чувствительности, нейропатофизиологические, нейрохимические и психологические аспекты боли, антиноцицептивная система- Основные альтернирующие синдромы при поражении ствола головного мозга-Основные дислокационные синдромы (супратенториального и субтенториального вклинения)-Синдромы поражения лобной, височной, теменной, затылочной долей, лимбической системы, таламуса, гипоталамуса и гипофиза-Нарушение высших мозговых функций- Этиология, патогенез, диагностика и клинические проявления основных заболеваний и (или) состояний нервной системы:- сосудистые заболевания головного мозга, острые нару-

	<p>шения мозгового кровообращения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - хроническая ишемия головного мозга; - демиелинизирующие заболевания; - инфекционные заболевания; - опухоли нервной системы; - черепно-мозговая и спинальная травмы; - травмы периферических нервов; - пароксизмальные нарушения (эпилепсия, синкопальные состояния, первичные головные боли); - нервно-мышечные заболевания; - заболевания периферической нервной системы (дорсопатии, болевые синдромы); - метаболические расстройства и интоксикации нервной системы; - паразитарные заболевания нервной системы; - дегенеративные заболевания нервной системы; - экстрапирамидные заболевания; - деменции и когнитивные расстройства; - патология вегетативной нервной системы; - коматозные состояния и другие нарушения сознания - Современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний и (или) состояний нервной системы - Показания к госпитализации в неврологическое отделение (неврологический центр) или отделение нейрореанимации - Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Оценивать соматический статус пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы (внешний осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, пульса, температуры) - Исследовать и интерпретировать неврологический статус, - Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Обосновывать и составлять план обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов ме-

- дицинской помощи
- Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии, методов функциональной нейровизуализации, рентгенографии, офтальмоскопии, электроэнцефалографии, электронейромиографии, реоэнцефалографии, эхоэнцефалографии, вызванных потенциалов, ультразвукового дуплексного сканирования/дуплексного сканирования/триплексного сканирования/ультразвуковой допплерографии/транскраниальной допплерографии, транскраниальной магнитной стимуляции
 - Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 - Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
 - Производить лекарственные пробы (прозериновая проба, аспириновая проба)
 - Выполнять лумбальную пункцию
 - Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 - Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
 - Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
 - Устанавливать синдромологический и топический диагноз у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
 - Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ
 - Производить дифференциальную диагностику пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
 - Применять медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 - Определять медицинские показания для оказания ско-

		<p>рой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы</p>
<p>ОПК-5: способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.</p>	<p>Владеть</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Осмотр пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Направление пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Направление пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Направление пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее — МКБ) и клинических рекомендаций
		<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Стандарты медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Современные методы лечения следующих заболеваний нервной системы: <ul style="list-style-type: none"> - острые сосудистые заболевания головного и спинного мозга; - хроническая ишемия головного мозга; - деменции и когнитивные расстройства; - эпилепсия, синкопальные состояния; - головные боли (первичные, вторичные); - демиелинизирующие заболевания; - инфекционные заболевания нервной системы; - опухоли нервной системы;

	<ul style="list-style-type: none"> - черепно-мозговая и спинальная травмы; - травмы периферических нервов; - нервно-мышечные заболевания; - заболевания периферической нервной системы (дорсопатии, болевые синдромы); - метаболические расстройства и интоксикации нервной системы; - паразитарные заболевания нервной системы; - дегенеративные заболевания нервной системы; - экстрапирамидные заболевания; - патология вегетативной нервной системы; - коматозные состояния и другие нарушения сознания - Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в неврологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные - Методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний нервной системы; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные - Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Разрабатывать план лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания - Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния нервной системы, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения

	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - разработка плана лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Назначение физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, массажа, мануальной терапии пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания
ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Знать	<ul style="list-style-type: none"> -Порядок выдачи листков нетрудоспособности -Порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров -Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами нервной системы, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации -Медицинские противопоказания, медицинские показания и медицинские ограничения к управлению транспортным средством, заболевания, при наличии которых противопоказано владение оружием, в части, касающейся заболеваний и (или) состояний нервной системы

	<p>Уметь</p>	<p>-Определять наличие медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством, заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием, в части, касающейся заболеваний и (или) состояний нервной системы</p> <p>-Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами нервной системы, на прохождение медико-социальной экспертизы</p> <p>-Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами нервной системы</p> <p>-Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия заболеваний и (или) состояний нервной системы</p>
	<p>Владеть</p>	<p>-Проведение отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров</p> <p>-Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, работа во врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности</p> <p>-Подготовка необходимой медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в федеральных государственных учреждениях</p> <p>медико-социальной экспертизы</p> <p>-Направление пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами нервной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы</p>
<p>ПК-1. Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями нервной системы, в том числе при оказании паллиативной помощи</p>	<p>Знать</p>	<p>Согласно клиническим рекомендациям:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определение заболевания или состояниями - Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) - Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) - Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем - Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) - Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

	<ul style="list-style-type: none"> - Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики - критерии оценки качества медицинской помощи - Эффективность проводимой терапии
Уметь	<ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Оценивать соматический статус пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы (внешний осмотр, пальпация, аусcultация, измерение артериального давления, пульса, температуры) - Исследовать и интерпретировать неврологический статус, - Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Обосновывать и составлять план обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Владеть	<ul style="list-style-type: none"> - Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Осмотр пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы - Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее — МКБ) и клинических рекомендаций - принципами лечения неврологических заболеваний, согласно клиническим рекомендациям, - применять лекарственные средства в необходимой дозировке, согласно клиническим рекомендациям

4. Объем и содержание практики, организация проведения практики

Практика (вариативная) является обязательным разделом программы ординатуры и представляет собой вид учебной работы, непосредственно ориентирован-

ной на практическую подготовку обучающихся в соответствии с видом(ами) деятельности, на который направлена программа ординатуры.

Таблица 2

Виды учебной работы	Всего, час.	Объем по полугодиям			
		1	2	3	4
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):		-	4	8	-
Практика/Практическая подготовка (ПП)	72	-	24	48	-
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	36	-	12	24	-
Вид промежуточной аттестации: Зачет (3), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)	3	-	3	3	-
Общий объём	в часах	108	-	36	72
	в зачетных единицах	3	-	1	2

Форма проведения практики: рассредоточенная.

Сроки прохождения практики: первый, второй, третий, четвертый семестры обучения в ординатуре.

Промежуточная аттестация: первый, второй, третий, четвертый семестры – дифференцированный зачет, второй семестр – зачет.

Содержание практики по разделам (выполнение работ, соответствующих видам работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью) представлены в таблице 3.

Таблица 3

Содержание практики (выполнение работ, соответствующие видам работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью)	Сроки (продолжительность) работ		Код индикатора
	Нед.	Час.	
Первый год обучения	1	36	
Раздел 1. Стационар			
1.1 -Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся осложнений (пролежни, тромбоэмбологические осложнения) у пациентов с ограниченными двигательными возможностями -	0,5	18	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1
1.2 - Подбор индивидуальных программ реабилитации	0,5	18	
Второй год обучения	2	72	
Раздел 1. Стационар			
1.1 -Рекомендации по непрерывному выполнению реабилитационных программ -	0,5	18	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1
1.2	0,5	18	ОПК-4,

Оценка эффективности реабилитационных программ				ОПК-5, ОПК-7, ПК-1
Использование дополнительных инъекционных методов при выполнении реабилитационных программ у пациентов с миофасциальными и болевыми синдромами	0,5	18		ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1
Оценка эмоциональных расстройств и их коррекция у пациентов с хроническим неврологическим заболеванием	0,5	18		ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1

5. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся на практике направлена на совершенствование знаний и умений, лежащих в основе формируемых компетенций, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины.

Самостоятельная работа осуществляется в формах:

- изучение рекомендуемой литературы для подготовки к промежуточной аттестации;
- подготовка и оформление отчета по практике и Дневника практики.

Контроль самостоятельной работы организуется как единство форм самоуправления и контроля со стороны преподавателя.

6. Базы практической подготовки

Программа практики организуется:

- в образовательных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность (клиники);
- в медицинских организациях, в том числе медицинских организациях, в которых располагаются структурные подразделения образовательных организаций и в иных организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в РФ на основании договора (клиническая база).

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья выбор мест прохождения практик должен учитывать состояние здоровья и требования по доступности.

Сведения о конкретной медицинской организации, являющейся базой практической подготовки для данного вида практики, указываются в дневнике практики в соответствии с распределением.

Прохождение практики включает дежурства (суточные, в ночное время, в выходные или праздничные дни в соответствие с правилами внутреннего трудового распорядка и графиком дежурств той клинической базы, на которой ординатор проходит практику).

Перечень организаций проведения практической подготовки:

- ФГБОУ ВО РостГМУ минздрава России, центр неврологический
- ГБУ РО ОДКБ, психо-неврологическое отделение
- НИИАП ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

- ГБУ РО ГБСМП неврологическое отделение
- ГБУ РО Городская больница № 6 г. Ростов-на Дону, отделение неврологическое
- ФГКУ 1602 Военный Клинический Госпиталь, отделение невродогии
- Поликлиника ФГБОУ ВО РостГМУ минздрава России

7. Организация и формы отчетности по практике

Обучающиеся в период прохождения практики:

- ведут дневники практики;
- соблюдают правила внутреннего трудового распорядка;
- соблюдают правила охраны труда, техники безопасности, в т.ч. пожарной;
- готовят отчет о прохождении практики.

В процессе прохождения практики обучающийся руководствуется данной программой практики.

На каждого обучающегося готовится характеристика, содержащая сведения об уровне освоения обучающимся профессиональных компетенций в период прохождения практики.

Оценивание практики осуществляется в ходе текущего контроля успеваемости, который проводится куратором группы за проведение практической подготовки по итогам выполнения отдельных видов работ или разделов в целом, в виде разбора клинических ситуаций и оценки практических навыков, выполненных в рамках решения конкретной профессиональной задачи.

Промежуточная аттестация проводится в период, предусмотренный календарным учебным графиком. Промежуточная аттестация проводится в форме защиты отчета о прохождении практики. При выставлении оценки учитывается характеристика на обучающегося. Форма промежуточной аттестации установлена учебным планом. Оценка о прохождении практики выставляется в аттестационный лист (зачетную ведомость).

8. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по практике

Оценочные материалы, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по итогам прохождения практики представлены в Приложении Оценочные материалы по производственной практике.

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение практики

Таблица 4

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
------------------	--	-----------------------------------

Основная литература		
1	Неврология [Электронный ресурс] в 2-х томах. Гусева Е.И., Коно-валова А.Н., Скворцовой В.И. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – Доступ из ЭБС « Консультант врача».	
2	Нервные болезни: учебник/В. А. Парфенов - М.: МИА, 2018. - 494 с.	5
Дополнительная литература		
1	Инсульт. Современные подходы диагностики, ле-ния и профилактики : методические рекомендации : рекомендо-вано ГБОУ ДПО "Рос. мед. академия последипломного образования" : [для врачей] / под ред. Д.Р. Хасановой, В.И. Данилова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 246 с.	2
2	Дудникова Э.В. Минимальные мозговые дисфункции у детей и подростков : учебно-методическое пособие / Э.В. Дудникова. - Р/на/Д : РостГМУ, 2014. - 95 с.	1
3	Реабилитация после инсульта./А. С. Кадыков - М.: МИА, 2017.	3
4	Реабилитация в неврологии: рук-во/В. А. Епифанов, Епи-фанов А.В.- М: ГЭОТАР-Медиа,2015. - 408 с.	7
5	Неотложная неврология: рук-во для врачей и студентов мед. узов./В. Д. Трошин, Т.Г. Погодина - М: МИА, 2016 – 579 с.	5
6	Миастения и врожденные миастенические синдромы: учебное пособие для неврологов, хирургов и трансфу-зиологов./Б. В. Агафонов - М: МИА, 2013. - 224 с.	2
7	Левин, Олег Семенович. Полиневропатии : Клиническое руководство для врачей / О.С. Левин. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : МИА, 2016. - 476с.	1
8	Медведева, Людмила Анатольевна. Методы локального воздействия при головных болях и краиальных невралгиях :методические рекомендации для врачей,студентов и слушателей ФПО / Л.А.Медведева . - Москва : МЕДпресс-информ,2015. - 39 с.	2
9	Стагниева, Ирина Вениаминовна.Лицевая боль при забо-леваниях носа и околоносовых пазух : учебное пособие для врачей, интернов и клин. ординаторов / И.В.Стагни-ева, Н.В. Бойко ; Рост. гос. мед. ун-т, каф. болезней уха, горла, носа ФПК и ППС.- Ростов-на-Дону : РостГМУ, 2017.	
10	Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной си-стемы : руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. - 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2015. - 351 с.	1
11	Затолокина, М. А.Морфогенез изменений параневральных соединительнотканых структур периферических нер-вов в эволюционном аспекте / М.А.Затолокина ; под ред. С.Л. Кузнецова ; Кур.гос. мед. ун-т. - Курск, 2016. - 128 с.	1
12	Черникова, Л. А., ред.Восстановительная неврология: Ин-	1

	новационные технологии в нейрореабилитации : для врачей и студентов мед. вузов / под ред. Л.А. Черниковой. - Москва : МИА, 2016. - 342 с.	
13	оль в спине: диагностика и лечение. рук-во для врачей и студентов мед. вузов./ К. В.Котенко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 527 с.	3
14	Боль в суставах. рук-во для врачей и студентов мед. вузов./ К. В.Котенко — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 550 с.	3
15	Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии: издание для врачей./А. А. Скоромец - М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 398 с.	5
16	Лекарственная терапия неврологических больных: для врачей и аспирантов./ А. А.Скоромец - М.: МИА, 2017. - 273 с.	5
17	Скоромец, Александр Анисимович. Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии : издание для врачей / А.А. Скоромец. - 4-е изд., доп. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 398 с.	
18	Нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность здравоохранения по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций мирного времени, определяющие работу в период мобилизации и в военное время: информац. - справ. материалы / сост.: Ю.Е. Барачевский, Р.В. Кудасов, С.М. Грошилин ; - Ростов-н/Д : РостГМУ, 2014. - 108 с.	
19	Словарь-справочник терминов и понятий в области эпидемиологии чрезвычайных ситуаций: для врачей, ординаторов и студентов / Г.М. Грижебовский, А.Н. Куличенко, Е.И. Еременко [и др.] ; Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова. - Санкт-Петербург: ФОЛИАНТ, 2015. - 262, [1] с. Библиогр.: с. 261-263.	
20	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.	
21	Руденская, Галина Евгеньевна. Наследственные нейрометаболические болезни юношеского и взрослого возраста : Для врачей / Г.Е. Руденская, Е.Ю. Захарова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 392 с.	
22	Скоромец, Александр Анисимович. Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии : для врачей / А.А. Скоромец. – 4-е изд., доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 399 с.	
23	Балязин-Парfenов, Игорь Викторович. Избранные вопросы неврологии, медицинской генетики : учебное пособие для студентов мед. Вузов / И. В. Балязин-Парfenов, В .А.	

	Балязин, Н. С. Ковалева ; Рост. Гос. Мед. Ун-т, каф. Нерв. Болезней и нейрохирургии. – Новочеркасск : Лик, 2020. – 222 с.	
24	Гусев, Евгений Иванович. Спастичность : клиника, диагностика и комплексная реабилитация с применением ботулиновой терапии : для врачей, ординаторов и студентов мед. Вузов / Е.И. Гусев, А.Н.	
25	Бойко, Е.В. Костенко. – 2-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 288 С. : ил. – (Библиотека врача-специалиста. Неврология).	
26	Неврология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник : для врачей / сост. А.И. Муртазин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 816 с. – (Стандарты медицинской помощи).	
27	Кадыков, Альберт Серафимович. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия : для врачей и студентов мед. вузов / А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шахпаронова. – 4-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 277 с. (Библиотека врача-специалиста. Неврология).	
28	Скоромец, Александр Анисимович. 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.	
29	Тактика врача-невролога : практическое руководство : для врачей, ординаторов и студентов медицинских вузов / под ред. М. А. Пирадова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 206 с.	
30	Гудфеллоу, Джон. 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.	
31	Ульрих, Эдуард Владимирович. Вертебральная патология в синдромах : [для врачей-ортопедов, неврологов и нейрохирургов] / Э. В. Ульрих, А. Ю. Мушкин, А. В. Губин. – Новосибирск : Костюкова, 2016. – 219 с.	
32	Паранеопластические синдромы в неврологии : учебное пособие : для врачей и студентов медицинских вузов / З. А. Гончарова, О. В. Милованова, И. А. Сафонова [и др.] ; Рост. Гос. Мед. Ун-т, каф. Нерв. болезней и нейрохирургии. – Москва : Изд-во Знание-М, 2023. – 108 с.	
33	Внутренние болезни по Дэвидсону. В 5 томах. Том 4. Неврология. Психиатрия. Офтальмология. Инсульт = Principia	

	ples and Practice of Medicine : для врачей и студентов медицинских вузов / под ред. С. Г. Рэлстона, Й. Д. Пенмэна, М. В. Дж. Стрэчэна, Р. П. Хобсона ; пер. с англ. Под ред. В. В. Фомина, Д. А. Напалкова. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 414 с.	
34	Дубатова, Ирина Владимировна. Эпилепсия : учебно-методическое пособие для студентов / Дубатова И.В., Ефремов В.В. ; под ред. В.Г. Заики ; Рост. Гос. Мед. Ун-т, каф. Психиатрии, каф. Нервных болезней и нейрохирургии. – Ростов-на-Дону : РостГМУ, 2015. – 123 с.	
35	Дубатова, Ирина Владимировна. Эпилепсия и эпилептические синдромы : учебное пособие для интернов, клинических ординаторов и аспирантов / И.В. Дубатова, В.В. Ефремов ; под ред. В.Г. Заики ; Рост. Гос. Мед. Ун-т, каф. Психиатрии, каф. Нервных болезней и нейрохирургии. – Ростов-На-Дону : РостГМУ, 2016. – 224 с.	
36	Рогачева, Татьяна Анатольевна. Лечение эпилепсии : инновационные технологии : для врачей и студентов медицинских вузов / Рогачева Т. А. – Москва : МИА, 2019. – 369 с.	
37	Кадыков, Альберт Серафимович. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия : для врачей и студентов мед. вузов / А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шахпаронова. – 4-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 277 с. - (Библиотека врача-специалиста. Неврология).	
38	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.	
39	Медицина боли = Pain medicine : для врачей, аспирантов, ординаторов и студентов медицинских вузов / под ред. С. М. Хайека, Б. Дж. Шаха, М. Дж Десаи, Т. К. Челимски ; пер. с англ. Под. Ред. А. Б. Данилова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 453	
40	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.	
41	Александровский, Юрий Анатольевич. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – 5-е изд., перераб. И доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 546 с. (Библиотека врача-специалиста. Психиатрия).	
42	Можгинский, Юрий Борисович. Психические болезни у	

	детей и подростков : руководство для врачей : для врачей, клинических ординаторов, интернов и студентов медицинских вузов / Ю. Б. Можгинский. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 294 с. (Руководство для врачей).	
43	Синельников, Рафаил Давидович. 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.	
44	Герасимов, Андрей Александрович. Восстановление функций периферических нервов и спинного мозга внутритканевой электростимуляцией позвоночника : Монография : для врачей / А. А. Герасимов ; Урал. Гос. Мед. Ун-т. – Екатеринбург : Изд. Дом «Ажур», 2021. – 102 с.	
45	Идиопатические воспалительные демиелинизирующие заболевания нервной системы : учебное пособие : для врачей и студентов медицинских вузов / З. А. Гончарова, Ю. Ю. Погребнова, Салах М. М. Сейхвейл [и др.] ; Рост. Гос. Мед. Ун-т, Каф. Нерв. Болезней и нейрохирургии. – Москва : Изд-во Знание-М, 2022. – 142 с	

Перечень ресурсов сети «Интернет»

Таблица 5

№ п/п	Электронные образовательные ресурсы	Доступ
1.	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacs/	Доступ неограничен
2.	Консультант студента : ЭБС. – Москва : ООО «ИПУЗ». - URL: http://www.studmedlib.ru	Доступ неограничен
3.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : ЭБС. – Москва : ООО ГК «ГЭОТАР». - URL: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
4.	UpToDate : БД / Wolters Kluwer Health. – URL: www.uptodate.com	Доступ неограничен
5.	Консультант Плюс : справочная правовая система. - URL: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров университета
6.	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
7.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
8.	Scopus / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL: http://www.scopus.com/ (Нацпроект)	Доступ неограничен
9.	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://apps.webofknowledge.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
10.	MEDLINE Complete EBSCO / EBSCO. – URL: http://search.ebscohost.com (Нацпроект)	Доступ неограничен

11.	ScienceDirect. Freedom Collection / Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
12.	БД издательства Springer Nature. - URL: http://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
13.	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ с компьютеров университета
14.	Единое окно доступа к информационным ресурсам. - URL: http://window.edu.ru/	Открытый доступ
15.	Российское образование. Федеральный образовательный портал. - URL: http://www.edu.ru/index.php	Открытый доступ
16.	ENVOC.RU English vocabulary : образовательный сайт для изучающих англ. яз. - URL: http://envoc.ru	Открытый доступ
17.	Словари онлайн. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
18.	WordReference.com : онлайновые языковые словари. - URL: http://www.wordreference.com/enru/	Открытый доступ
19.	История.РФ. - URL: https://histrf.ru/	Открытый доступ
20.	Юридическая Россия : федеральный правовой портал. - URL: http://www.law.edu.ru/	Открытый доступ
21.	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
22.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru	Открытый доступ
23.	Medline (PubMed, USA). – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Открытый доступ
24.	Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
25.	Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com/	Открытый доступ
26.	International Scientific Publications. – URL: https://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
27.	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
28.	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://archive.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
29.	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа ElPub НЭИКОН. – URL: https://elpub.ru/	Открытый доступ
30.	Медицинский Вестник Юга России. - URL: https://www.medical-herald.ru/jour или с сайта РостГМУ	Открытый доступ
31.	Всемирная организация здравоохранения. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
32.	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей. – URL: https://www.evrika.ru/	Открытый доступ
33.	Med-Edu.ru : медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	Открытый доступ

34.	Univadis.ru : международ. мед. портал. - URL: http://www.univadis.ru/	Открытый доступ
35.	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
36.	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
37.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: http://cr.rosminzdrav.ru/#/	Открытый доступ
38.	Образование на русском : портал / Гос. ин-т русс. яз. им. А.С. Пушкина. - URL: https://pushkininstitute.ru/	
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rost-gmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	Открытый доступ

10. Материально-техническое обеспечение практики

При прохождении практики (части практики) в Университете обучающиеся обеспечиваются материально-техническим оборудованием и библиотечным фондом Университета. Каждый обучающийся имеет доступ к компьютерным технологиям, мультимедийному оборудованию, медицинской документации.

Приложение

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВА- ТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕР- СИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРА- ЦИИ

Кафедра неврологии и восстановительной медицины с курсом остеопатии

**Оценочные материалы
текущей и промежуточной аттестации
по программе вариативной практики базовая часть по специальности
31.08.42 Неврология**

Специальность 31.08.42 Неврология

- 1. Форма промежуточной аттестации экзамен**
- 2. Вид промежуточной аттестации** (собеседование, тестовый контроль (компьютерный или текстовый), решение ситуационных задач, сдача практических навыков - в соответствии с рабочей программой).
- 3. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина**

Код компетенции	Содержание компетенций (результаты освоения ООП)	Содержание элементов компетенций, в реализации которых участвует дисциплина
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит осмотр, сбор жалоб, анамнеза жизни пациента при заболеваниях нервной системы и составляет план обследования ОПК-4.2 Интерпретируют результаты обследования и устанавливает диагноз с учетом МКБ и клинических рекомендаций
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Разрабатывает план лечения и назначает лекарственных препаратов и других методов лечения согласно стандартам и клиническим рекомендациям учитывая эффективность и безопасность применения при заболеваниях нервной системы ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность применения различных методов лечения, а также профилактирует осложнения, побочные действия, нежелательные реакций в результате диагностических или лечебных действий
ОПК-6.	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при	ОПК-6.1 Разрабатывает индивидуальный план реабилитационных и абилитационных мероприятий при забо-

	заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	леваниях нервной системы ОПК-6.2 Контролирует эффективность эффективности и безопасности проведения индивидуальных программ.
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1. Готовит медицинскую документацию для проведения медицинской экспертизы, а также проводит предварительные и медицинские осмотры ОПК-7.2 Проводит экспертизы временной нетрудоспособности и отдельных видов медицинских освидетельствований

Код компетенции	Содержание компетенций (результаты освоения ООП)	Содержание элементов компетенций, в реализации которых участвует дисциплина
ПК 1	Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями нервной системы, в том числе при оказании паллиативной помощи	ПК-1.1 Применяет клинические рекомендации, стандарты и протоколы в диагностике пациентов с заболеванием нервной системы ПК-1.2 Применяет клинические рекомендации, стандарты и протоколы в лечении пациентов с заболеванием нервной системы ПК-1.3 Применяет клинические рекомендации, стандарты и протоколы при оказании паллиативной помощи пациентам с заболеванием нервной системы.

4. Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

Код и содержание формируемых компетенций	Планируемые результаты обучения	Этапы формирования компетенций (разделы, темы дисциплины)
ОПК-4- способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>Знать</p> <p>Этиологию, патогенез, патофизиологию и симптоматику болезней нервной системы. Анатомию, физиологию, симптоматику нарушений развития, повреждений и заболеваний нервной системы</p>	поэтапное формирование умений и навыков при оказании помощи при заболеваниях, требующих неотложной помощи (алгоритм действий, применение фармакотерапевтических и иных методов и средств): острые нарушения мозгового и спинального кровообращения, комы различного генеза, черепно-мозговые и спинальные травмы, миастенические кризы, эпилептический приступ и др
	<p>Уметь: Осуществлять диагностику заболеваний нервной системы. Систематически повышать свою квалификацию, внедрять новые методики исследований в неврологии, постоянно анализировать результаты своей профессиональной деятельности, используя все доступные возможности для верификации полученной диагностической информации.</p>	
	<p>Владеет: Проведением неврологического обследования, навыками диагностики неврологических заболеваний, навыками формулировки диагноза в соответствии с МКБ и клиническими классификациями, техникой проведения основных и дополнительных методов исследования в неврологии</p>	
ОПК-5 способен назначить лечение пациентам	<p>Знать: методы лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи, показания к гос-</p>	1.2 Частная неврология

<p>при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контролировать его эффективность и безопасность.</p>	<p>питализации.</p>	
	<p>Умеет: Проводить лечение пациентов с неврологической патологией в соответствии со стандартами и протоколами медицинской помощи.</p>	
	<p>Владеть: Навыком ведения и лечения пациентов с неврологическими заболеваниями на амбулаторном и госпитальном этапе, методикой оценки клинических и дополнительных исследований неврологического больного</p>	
<p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>Знать: медицинские противопоказания, медицинские показания и медицинские ограничения к управлению транспортным средством, заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием, в части, касающейся заболеваний и (или) состояний нервной системы; медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами Нервной системы, на прохождение медико-социальной экспертизы; Признаки временной нетрудоспособности И признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами нервной системы; как выносить медицинские заключения по</p>	<p><i>1.2 Частная неврология</i></p>

	результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия заболеваний и (или) состояний нервной системы	
--	---	--

Код и содержание формируемых компетенций	Планируемые результаты обучения	Этапы формирования компетенций (разделы, темы дисциплины)
ПК-1 Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями нервной системы, в том числе при оказании паллиативной помощи	Знать - Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы - Принципы оценки качества оказания медицинской помощи - Стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при неврологических заболеваниях - Федеральные клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи пациентам с неврологическими заболеваниями - Основы законодательства о здравоохранении и нормативно-правовые документы, определяющие деятельность медицинских организаций - Анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и	<i>1.1 Общая неврология</i> <i>1.2 Частная неврология</i>

	<p>сосудов мозга, строение опорно-двигательного аппарата</p> <p>- Основные физикальные методы обследования нервной системы</p>	
	<p>Уметь</p> <p>-Анализировать и интерпретировать полученную информацию при сборе жалоб от пациента</p> <p>- Информирование пациента доступным языком о необходимости и важности длительного и непрерывного лечения</p> <p>- Определение необходимости, целесообразности и объема реабилитационных программ</p> <p>- Формулировать развернутое заключение по выбору методики реабилитационной программы</p> <p>- Обосновать схему, план и тактику ведения пациента. Дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику</p> <p>- Интерпретировать и анализировать результаты осмотра специалистами пациентов с неврологическими заболеваниями</p>	
	<p>Владеть</p> <p>-оценкой медицинской документации, предоставленной доктором или медицинским учреждением, направившим пациента</p> <p>-Обоснование и постановка диагноза в соответствии с принятыми критериями и классификациями</p> <p>-Получение информации у паци-</p>	

	ентов с неврологическими заболеваниями и/или состояниями и их законных представителей	
--	---	--

5. Формы оценочных средств в соответствии с формируемыми компетенциями

Код компетенции	Формы оценочных средств	
	Текущая аттестация	Промежуточная аттестация
ПК-1	Практические навыки	Ситуационные задачи Практические навыки
ОПК-4	Практические навыки	Ситуационные задачи Практические навыки
ОПК-5	Практические навыки	Ситуационные задачи Практические навыки
ОПК-7	Практические навыки	Ситуационные задачи Практические навыки

6. Текущий контроль

Практические навыки

ПК 1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7

1. Методика проведения неврологического осмотра
2. Методика исследования поверхностной и глубокой чувствительности
3. Методика исследования пирамидной системы. Признаки центрального и периферического паралича.
4. Методы исследования черепных нервов.
5. Альтернирующие синдромы.
6. Центральный и периферический типы расстройства мочеиспускания.
7. Методика диагностики поражения сплетений периферических нервов.
8. Обследование пациента с патологией экстрапирамидной системы
9. Обследование пациента с атаксией
10. Обследование пациента с патологией функции взора
11. Обследование пациента с патологией вегетативной нервной системы
12. Высшая нервная деятельность и ее исследование

- 13.Обследование пациента с патологией ликвороциркуляции
- 14.Менингеальные симптомы и их выявление, интерпретация состава СМЖ.
Состав СМЖ в норме: цитоз, содержание белка, глюкозы, хлоридов, молочной кислоты.
- 15.Техника выполнения лумбальной пункции
- 16.Выполнение лумбальной пункции
- 17.Проведение неврологического осмотра
- 18.Оценка уровня сознания пациента
- 19.Алгоритм оказания неотложной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения
- 20.Осмотр пациента без сознания
- 21.Купирование миастенического криза
- 22.Алгоритм оказания неотложной помощи при остром нарушении спинального кровообращения
- 23.Оказание неотложной помощи у пациентов с черепно-мозговой травмой
- 24.Оказание неотложной помощи у пациентов со спинальной травмой
- 25.Купирование эпилептического приступа, эпистатуса
- 26.Оказание неотложной помощи при отеке мозга
- 27.Критерии оценки состояния здоровья индивидуума.
- 28.Факторы, формирующие здоровье ДиП.
- 29.Показатели, характеризующие состояние здоровья.
- 30.Группы здоровья.
- 31.Организация и порядок проведения медосмотров а) периодичность мед. осмотров б) этапы мед. осмотров в) объем мед. исследований
- 32.Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков.
- 33.Схема организации контроля качества медицинской помощи. Общая оценка уровня качества и лечения. Компоненты стандарта качества.
34. Стандарт обследования, стандарт лечения, стандарт состояния больного, закончившего лечение.
- 35.Схема организации контроля качества медицинской помощи
36. Выписка листка нетрудоспособности
- 37.Написание истории болезни.

Тестовый контроль

ПК 1

1. Какова частота наблюдения врачом-неврологом за больным с начальные проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ), сочетающиеся с артериальной гипертонией?
 - 1) 1 раз в год
 - 2) 2 раза в год
 - 3) 3 раза в год
 - 4) 4 раза в год

- 5) 5 раз в год
2. Назовите наименования и частоту лабораторных исследований у пациентов с преходящими нарушениями мозгового кровообращения (ПНМК) с очаговой неврологической симптоматикой:
- 1) **всё перечисленное**
 - 2) Протромбин крови и коагулограмма - 1 раз в год, по показаниям - чаще.
 - 3) ЭКГ - 1 раз в год. РЭГ - 1 раз в год, при использовании для контроля эффективности лечения - 2-3 раза в год.
 - 4) УЗДГ - 1 раз в год - при наличии стенозирующего процесса магистральных сосудов головы
 - 5) Анализ крови, общий анализ мочи, холестерин и сахар крови - 1 раз в год.
3. Укажите критерии эффективности диспансеризации пациентов с преходящими нарушениями мозгового кровообращения (ПНМК) с очаговой неврологической симптоматикой:
- 1) **Отсутствие повторных случаев ПНМК. Сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.**
 - 2) Единичные повторные ПНМК в течение года без нарушения трудоспособности.
 - 3) Отсутствие повторных случаев ПНМК без сохранения трудоспособности, со снижением временной нетрудоспособности.
 - 4) Единичные повторные ПНМК в течение года с нарушением трудоспособности.
 - 5) Множественные повторные случаи ПНМК без сохранения трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.
4. Какова частота наблюдения за больным с мозговым инсультом с полным восстановлением нарушенных функций в течение первых 3-х недель ("малый инсульт"):
- 1) **Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год, при отсутствии повторных острых нарушений мозгового кровообращения.**
 - 2) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 12 месяца; в дальнейшем 6-7 раза в год, при отсутствии повторных острых нарушений мозгового кровообращения.
 - 3) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 1 месяц; в дальнейшем 3-4 раза в год, при отсутствии повторных острых нарушений мозгового кровообращения.
 - 4) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 6 месяцев; в дальнейшем 1-2 раза в год, при отсутствии повторных острых нарушений мозгового кровообращения.

- 5) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год, при наличии повторных острых нарушений мозгового кровообращения.
5. Какова частота наблюдения за больным с остаточными явлениями мозгового инсульта (у лиц, сохранивших трудоспособность):
- 1) **Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год, при отсутствии повторных острых нарушений мозгового кровообращения.**
- 2) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 12 месяца; в дальнейшем 6-7 раза в год, при отсутствии повторных острых нарушений мозгового кровообращения.
- 3) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 1 месяц; в дальнейшем 3-4 раза в год, при отсутствии повторных острых нарушений мозгового кровообращения.
- 4) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 6 месяцев; в дальнейшем 1-2 раза в год, при отсутствии повторных острых нарушений мозгового кровообращения.
- 5) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год, при наличии повторных острых нарушений мозгового кровообращения.
6. Укажите критерии эффективности диспансеризации пациентов с остаточными явлениями мозгового инсульта (у лиц, сохранивших трудоспособность):
- 1) **Отсутствие повторных случаев ПНМК. Сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.**
- 2) Единичные повторные ПНМК в течение года без нарушения трудоспособности.
- 3) Отсутствие повторных случаев ПНМК без сохранения трудоспособности, со снижением временной нетрудоспособности.
- 4) Единичные повторные ПНМК в течение года с нарушением трудоспособности.
- 5) Множественные повторные случаи ПНМК без сохранения трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.
7. Назовите наименования и частоту лабораторных исследований у пациентов с церебральным атеросклерозом, гипертоническая энцефалопатией ("дисциркуляторная энцефалопатия") у лиц, сохранивших трудоспособность:
- 1) **Анализ крови, общий анализ мочи, холестерин, сахар крови и протромбин - 1 раз в год. ЭКГ - 1 раз в год. РЭГ - 1 раз в год**
- 2) Анализ крови, общий анализ мочи, холестерин, сахар крови и протромбин - 4 раза в год. ЭКГ - 2 раза в год. РЭГ - 2 раза в год

- 3) Анализ крови, общий анализ мочи, холестерин, сахар крови и протромбин - 12 раз в год. ЭКГ - 6 раз в год. РЭГ - 6 раз в год
 - 4) Анализ крови, общий анализ мочи, холестерин, сахар крови и протромбин - 6 раз в год. ЭКГ - 6 раз в год. РЭГ - 6 раз в год
 - 5) Анализ крови, общий анализ мочи, холестерин, сахар крови и протромбин - 3 раз в год. ЭКГ - 4 раза в год. РЭГ - 4 раза в год
8. Укажите основные лечебно-оздоровительные мероприятия у пациентов с церебральным атеросклерозом, гипертонической энцефалопатией ("дисциркуляторная энцефалопатия") у лиц, сохранивших трудоспособность:
- 1) Оптимизация режима труда, отдыха, питания, физической активности. Борьба с употреблением алкоголя, курением. Медикаментозная терапия. Санаторно-курортное лечение.**
 - 2) Соблюдение прежнего образа жизни. Частичное разрешение на употребление алкоголя и табака. Медикаментозная терапия. Санаторно-курортное лечение по показаниям.
 - 3) Оптимизация режима труда, отдыха, питания, физической активности. Частичное разрешение на употребление алкоголя и табака. Без медикаментозной терапии. Без санаторно-курортного лечения.
 - 4) Соблюдение прежнего образа жизни. Борьба с употреблением алкоголя, курением. Медикаментозная терапия. Без санаторно-курортного лечения.
 - 5) Данные пациенты не нуждаются в лечебно-оздоровительных мероприятиях.
9. Какова частота наблюдения за больным с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы: радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый) после выраженного приступа заболевания с временной утратой трудоспособности:
- 1) Невропатолог 2-3 раза в год, в течение 1 года. В дальнейшем 1-2 раза в год**
 - 2) Невропатолог 5-6 раза в год, в течение 1 года. В дальнейшем 3-4 раза в год
 - 3) Невропатолог 1 раз в год, в течение 1 года. В дальнейшем без наблюдений
 - 4) Невропатолог 12 раз в год, в течение 1 года. В дальнейшем 12 раз в год
 - 5) пациенты не требуют дальнейшего наблюдения
10. Назовите наименования и частоту лабораторных исследований у пациентов с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы: радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый) после

выраженного приступа заболевания с временной утратой трудоспособности:

- 1) Анализ крови, общий анализ мочи - 1 раз в год. Рентгенография позвоночника - по показаниям
- 2) Анализ крови, общий анализ мочи – 3-4 раза в год. Рентгенография позвоночника
- 3) Анализ крови, общий анализ мочи, холестерин, сахар крови и протромбин - 12 раз в год. ЭКГ - 6 раз в год. РЭГ - 6 раз в год
- 4) Анализ крови, общий анализ мочи, холестерин, сахар крови и протромбин - 3 раз в год. ЭКГ - 4 раза в год. МРТ - 4 раза в год
- 5) Анализ крови, общий анализ мочи - 1 раз в год. КТ позвоночника - по показаниям

11. Какова частота наблюдения за больным с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы: декомпенсация заболевания (затянувшееся обострение, частые обострения, состояние после дисэктомии):

- 1) Невропатолог - 2-4 раза в год
- 2) Невропатолог – 1-2 раза в год
- 3) Невропатолог - 5-6 раз в год
- 4) Невропатолог - 10-12 раза в год
- 5) Невропатолог - 5-6 раза в год. Нейрохирург - 1-2 раза в год

12. Назовите наименования и частоту лабораторных исследований у пациентов с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы: вертеброгенным пояснично-крестцовым радикулитом - эпизодические боли или дискомфорт в пояснично-крестцовом отделе позвоночника:

- 1) Анализ крови, мочи - 1 раз в год. Рентгенография позвоночника - по показаниям
- 2) Анализ крови, мочи – 5-6 раз в год. Рентгенография позвоночника - по показаниям
- 3) Анализ крови, мочи, глюкозы крови , холестерина – 3-4 раза в год. Рентгенография позвоночника
- 4) Анализ крови, мочи – 3-4 раз в год. МРТ поясничного отдела спинного мозга – по показаниям
- 5) Анализ крови, мочи – 6-8 раз в год. Рентгенография позвоночника – 3-4 раза в год

13. Укажите основные лечебно-оздоровительные мероприятия у пациентов с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы: ганглиониты, плекситы, невриты, полиневриты:

- 1) Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК. Санаторно-курортное лечение. Рациональное трудоустройство

- 2) Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК на усмотрение врача. Санаторно-курортное лечение. Рациональное трудоустройство
- 3) Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК. Санаторно-курортное лечение противопоказано. Рациональное трудоустройство при наличии мест занятости
- 4) не требуется

14. Какова частота наблюдения за больным с состояниями после перенесенных менингитов, энцефалита, миелитаз, менингоэнцефалита, арахноидита и др.:

- 1) Невропатолог - в течение 1 года, 1 раз в 2-3 месяца, в дальнейшем 2-3 раза в год
- 2) Невропатолог - в течение 5 лет, 1 раз в 5-6 месяца, в дальнейшем 5-6 раза в год
- 3) Невропатолог - в течение 1 года, 1 раз в 1 месяц, в дальнейшем 1 раз в год
- 4) Невропатолог - в течение 3 лет, 3-4 раза в 6 месяцев, в дальнейшем 2-3 раза в год
- 5) не требуется

15. Укажите основные лечебно-оздоровительные мероприятия у пациентов с состояниями после перенесенных менингитов, энцефалита, миелитаз, менингоэнцефалита, арахноидита и др.:

- 1) Медикаментозная терапия (курсовое назначение препаратов, влияющих на процессы тканевого обмена, улучшающих метаболизм мозговой ткани, оказывающих рассасывающее действие. Вазоактивные препараты). ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение. Санаторно-курортное лечение. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство.
- 2) Медикаментозная терапия (курсовое назначение препаратов, влияющих на процессы тканевого обмена, улучшающих метаболизм мозговой ткани, оказывающих рассасывающее действие. Вазоактивные препараты).
- 3) ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение. Санаторно-курортное лечение.
- 4) Рациональное трудоустройство.
- 5) Медикаментозная терапия (курсовое назначение препаратов, влияющих на процессы тканевого обмена, улучшающих метаболизм мозговой ткани, оказывающих рассасывающее действие. Вазоактивные препараты). ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение. Санаторно-курортное лечение.

16. Укажите основные лечебно-оздоровительные мероприятия у пациентов с наследственными и дегенеративными заболеваниями пирамидной, мозжечковой и экстрапирамидной систем:

- 1) Медикаментозное лечение. ЛФК, массаж. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство.**
- 2) Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК на усмотрение врача. Санаторно-курортное лечение. Рациональное трудоустройство
- 3) Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК. Санаторно-курортное лечение противопоказано. Рациональное трудоустройство при наличии мест занятости
- 4) не требуется

17. Какова частота наблюдения за больным с эпилепсией (при отсутствии выраженных изменений психики):

- 1) Невропатолог - 2-4 раза в год**
- 2) Невропатолог – 1-2 раза в год
- 3) Невропатолог - 5-6 раз в год
- 4) Невропатолог - 10-12 раза в год
- 5) Невропатолог - 5-6 раза в год. Нейрохирург - 1-2 раза в год

18. Укажите основные лечебно-оздоровительные мероприятия у пациентов с рассеянным склерозом:

- 1) Два раза в год курсы лечения, включающие препараты, влияющие на процессы тканевого обмена (инъекции вит. В6, АТФ, кокарбоксилазы), вазоактивные препараты. Длительное курсовое применение препаратов, улучшающих метаболизм мозга. По показаниям - иммуномодуляторы и гормональные препараты. Оптимизация режима труда и отдыха. Рациональное трудоустройство.**
- 2) не нуждается.
- 3) ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение. Санаторно-курортное лечение.
- 4) Рациональное трудоустройство.
- 5) Медикаментозная терапия (курсовое назначение препаратов, влияющих на процессы тканевого обмена, улучшающих метаболизм мозговой ткани, оказывающих рассасывающее действие. Вазоактивные препараты). ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение. Санаторно-курортное лечение.

19. Какова частота наблюдения за больным в состоянии после оперативного вмешательства на головном и спинном мозге:

- 1) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 2-3 месяца, в дальнейшем 1-3 раза в год**

- 2) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 1 месяца, в дальнейшем 1-2 раза в год
- 3) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем не требуется
- 4) Невропатолог - в течение 1 года - 1 раз в 12 месяцев, в дальнейшем 1 раз в год
- 5) не требуется

20. Осмотр врачами других специальностей у пациентов в состоянии после перенесенной черепно-мозговой травмы:

- 1) **Окулист - 1 раз в год. Нейрохирург - по показаниям.**
- 2) Окулист – 3 раза в год. Нейрохирург – 2-3 раза в год.
- 3) Окулист – 6 раз в год. Нейрохирург – 1 раз в 3 месяца.
- 4) Окулист - 12 раз в год. Нейрохирург – 1 раз в месяц.
- 5) не требуется

21. Укажите основные лечебно-оздоровительные мероприятия у пациентов с травмой позвоночника и спинного мозга:

- 1) **ЛФК, массаж, медикаментозная терапия. Рациональное трудоустройство**
- 2) ЛФК, массаж. Медикаментозная терапия – по показаниям. Рациональное трудоустройство
- 3) ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение. Санаторно-курортное лечение.
- 4) Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК. Санаторно-курортное лечение противопоказано. Рациональное трудоустройство при наличии мест занятости
- 5) не требуется

22. Назовите наименования и частоту лабораторных исследований у пациентов с травмой периферической нервной системы:

- 1) **Общие анализы крови и мочи, электродиагностика, ЭМГ.**
- 2) Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови электродиагностика, ЭМГ, МРТ.
- 3) Анализ крови, мочи, глюкозы крови, холестерина – 3-4 раза в год.
- 4) Анализ крови, общий анализ мочи, холестерин, сахар крови и протромбин - 6 раз в год. ЭКГ. КТ.
- 5) Анализ крови, общий анализ мочи, холестерин, сахар крови и протромбин - 3 раз в год. ЭКГ. РЭГ.

23. Укажите основные лечебно-оздоровительные мероприятия у пациентов с идиопатическим ретробульбарным невритом:

- 1) 1-2 раза в год курсовой прием вазоактивных препаратов и средств, улучшающих метаболизм мозга

- 2) ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение. Санаторно-курортное лечение.
- 3) Рациональное трудоустройство.
- 4) Медикаментозная терапия (курсовое назначение препаратов, влияющих на процессы тканевого обмена, улучшающих метаболизм мозговой ткани, оказывающих рассасывающее действие. Вазоактивные препараты). ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение. Санаторно-курортное лечение.
- 5) не требуется

Ситуационные задачи

ПК-1

Задание 1.

В стационар поступила пациентка 14-ти лет: продолжительность заболевания на момент поступления – 5 месяцев. Не понимает обращенную речь, не говорит, не ходит.

Заболевание началось среди полного здоровья с генерализованных судорожных эпиприпадков. Через 2 месяца развился гиперкинетический синдром: вначале хореический гиперкинез, затем – торсионная дистония. Изменилось поведение: стала неадекватной, неопрятной, перестала понимать обращенную речь. Появилась булимия. До настоящего заболевания девочка была здорова. В 7-летнем возрасте перенесла корь.

Объективно: соматически – без патологии; температура тела субфебрильная.

Неврологический статус: дезориентирована в месте и времени, сенсорно-моторная афазия. Активные движения в конечностях резко ограничены. Глубокие рефлексы повышенны, симптом Бабинского с обеих сторон. Мышечный тонус диффузно повышен по ригидному типу. Разбросанный стереотипный гиперкинез в мышцах лица, туловища, конечностей. Не может высунуть язык, поперхивается во время еды. Выявляются симптомы орального автоматизма.

ЭЭГ – билатеральные синхронные пароксизмы острых и медленных волн.

1. Определите синдромологический диагноз
2. Определите топический диагноз
3. Определите предположительный диагноз.
4. Тактика ведения пациента и диспансерного наблюдения
5. Реабилитационные мероприятия

Эталон ответа:

1. Синдромы – псевдобульбарный, сенсорно-моторная афазия, спастический тетрапарез, гиперкинетический синдром (хорея, торсионная дистония), изменение сознания (нарушение ориентации в месте и времени), нарушение поведения.
2. Топический диагноз – поражение коры больших полушарий.
3. Предположительный диагноз – Подострый склерозирующий панэнцефалит.
4. Подлежит направлению на ВТЭК для установления группы инвалидности.
5. Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами метаболической направленности и немедикаментозные средства – массаж, ЛФК (медицинская реабилитация), медико-профессиональную реабилитацию с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовую реабилитацию (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальную реабилитацию, направленную на улучшение качества жизни инвалида.

дов.

Задание 2.

В отделение поступил мужчина 35-ти лет. Заболел остро в июне во время проведения геологоразведочных работ в таежных районах. Через несколько дней был доставлен в больницу в тяжелом состоянии. Через 1,5 недели общее состояние улучшилось.

При осмотре: дизартрия, дисфагия, фасцикуляции на языке и в мышцах плечевого пояса, слабость в мышцах шеи – "свисающая голова", резко выраженная слабость в руках, низкий мышечный тонус в них, нижние конечности интактны, чувствительность сохранена.

1. Определите синдромологический диагноз
2. Определите топический диагноз
3. Определите предположительный диагноз
4. Дополнительные методы исследования.
5. Тактика ведения пациента и диспансерного наблюдения
6. Реабилитационные мероприятия

Эталон ответа:

1. Синдромы – бульбарный, верхний вялый глубокий парапарез, парез шейных мышц.
2. Топический диагноз – поражение передних рогов шейного утолщения и С1-С4 сегментов спинного мозга, ядер ЧН в продолговатом мозге (IX, X, XII).
3. Предположительный диагноз – Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма.
4. Диагностика включает серологический метод (метод парных сывороток) с определением нарастания титра антител в реакциях РТГА (реакция торможения гемагглютинации) и ИФА (иммуноферментный анализ) с интервалом в 2 недели, ПЦР крови и ликвора.
5. Специфического лечения нет. Симптоматическое лечение включает интенсивную терапию и нейрометаболическую терапию. Возможно применение индукторов интерферона.

В дальнейшем – наблюдение невролога по месту жительства.

6. Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами метаболической направленности (с улучшением метаболизма холина), улучшение нервно-мышечной передачи, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация), при выраженных остаточных явлениях – медико-профессиональную реабилитацию с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовую реабилитацию (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальную реабилитацию, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

Задание 3.

В отделение поступил военнослужащий 49-ти лет с жалобами на шаткость при ходьбе и преходящее двоение. В последнее время злоупотреблял алкоголем.

При осмотре в день госпитализации: выраженная мозжечковая атаксия, интенционный трепор, рефлекторная пирамидная недостаточность с вовлечением надъядерных путей, интеллектуальными и аффективными расстройствами в виде нарушений мышления по лобному типу, предметной и пространственной агнозии, неадекватности поведения, негативизма, аспонтанности.

Ликвор нормальный, признаков внутричерепной гипертензии нет. Общий анализ крови, мочи, биохимия крови без патологии.

МРТ головного мозга – умеренно выраженная наружная атрофия в лобно-теменно-височных отделах и в полушариях мозжечка, очагов демиелинизации не обнаружено.

В последующие 2 недели течение заболевания приняло лавинообразный характер: наросли расстройства лобного типа, прогрессировала экстрапирамидная симптоматика, уровень

сознания снизился до сопора с отсутствием контроля за тазовыми органами.

Выполнена ЭЭГ – повторяющаяся трифазная и полифазная активность острой формы амплитудой до 200 мкВ, возникающая с частотой 1,5-2 в секунду.

Через 5 месяцев от начала заболевания пациент скончался.

Посмертное патоморфологическое исследование выявило спонгиформную энцефалопатию в отсутствие каких-либо воспалительных изменений.

1. Определите синдромологический диагноз
2. Определите топический диагноз
3. Определите предположительный диагноз
4. Дополнительные методы исследования.

Эталон ответа:

1. Синдромы – мозжечковая атаксия, пирамидная недостаточность, апраксия, афазия/дизартрия, деменция, офтальмоплегия, нарушение поведения и сознания.
2. Топический диагноз – поражение коры больших полушарий, мозжечковых связей, среднего мозга (медиальный продольный пучок или ядра глазодвигательных нервов).
3. Предположительный диагноз – Болезнь Крейтцфельдта-Якоба. Круг дифференцируемых заболеваний – пресенильная деменция, болезни Альцгеймера и Пика, хорея Гентингтона, гепатоцеребральная дегенерация, энцефалопатия Вернике, лейкоэнцефалит.
4. Путь заражения – болезнь Крейтцфельдта-Якоба может быть генетически обусловленной, может иметь спорадический характер или вызываться прионной инфекцией, передающейся пероральным путем через зараженную пищу (мясо крупного рогатого скота) и при ятрогенных воздействиях.

Диагностика базируется на выявлении быстро прогрессирующей деменции с дезинтеграцией всех высших корковых функций – корковых нарушений речи, зрения, праксиса, когнитивных нарушений и нарушений поведения, пирамидных и экстрапирамидных нарушений, мозжечковой дисфункции, эпилептических припадков (миоклонус). Определенный диагноз болезни Крейтцфельдта-Якоба устанавливается после патоморфологического исследования.

Задание 4.

На приеме женщина 52-х лет: в течение 3-4-х лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. К врачу сначала не обращалась, стала прикладывать телефонную трубку к левому уху и старалась, чтобы собеседник находился слева. В последнее время стали беспокоить приступы вращательного головокружения, неустойчивость при ходьбе, неловкость в правых конечностях. Последнее время наблюдалась у невролога по месту жительства с диагнозом "энцефалопатия".

1. Определите синдромологический диагноз
2. Определите топический диагноз
3. Определите предположительный диагноз
4. Дополнительные методы исследования.
5. Тактика ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия?

Эталон ответа:

1. Синдромы – гипоакузия, вестибулопатический, мозжечковая атаксия.
2. Топический диагноз – поражение преддверно-улиткового нерва и мозжечковых путей справа в области мосто-мозжечкового угла.
3. Клинический диагноз – Опухоль мосто-мозжечкового угла справа.
4. Для уточнения диагноза необходима нейровизуализация структур ствола головного мозга с помощью МРТ.
5. В случае подтверждения диагноза лечение должно быть хирургическим.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – 2-3 раза в течение 1-го года, в

дальнейшем – 1-3 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

Задание 5.

В отделение доставлена женщина 52-х лет, длительно страдающая гипертонической болезнью, – внезапно ощутила нестерпимую боль в верхней части живота, через 20 минут развилась нижняя параплегия, онемение ног и нижней части живота.

Общее состояние средней степени тяжести. ЧСС 102 в минуту, мерцательная аритмия. АД 160/70 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный в эпигастрине и левом подреберье. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Неврологический статус: ЧН и верхние конечности в норме. Нижняя вялая параплегия с арефлексией, анестезия с уровня Т11, глубокая чувствительность сохранена. Задержка мочи. Перкуссия остистых отростков Т9-Т11 болезненна.

Кровь: лейкоцитоз 14,9 (п – 14%, с – 78%, л – 9%, м – 5%), СОЭ 5 мм/ч, ПТИ 109%. Люмбальная пункция: давление – 40 мм вод.ст., ликвор слегка ксантохромный, белок – 0,99 г/л, цитоз – 24/3.

Вскоре присоединились олигурия и быстрое нарастание легочно-сердечной и почечной недостаточности. Через 30 часов от начала заболевания больная умерла.

1. Определите синдромологический диагноз;
2. Определите топический диагноз;
3. Определите предположительный диагноз;
4. Определите круг дифференцируемых заболеваний;
5. Тактика ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия?

Эталон ответа:

1. Синдромы – нижняя вялая параплегия, нарушение поверхностных видов чувствительности по проводниковому типу с уровня Т11 с 2-х сторон или – по сегментарному диссоциированному типу с уровня Т11 с 2-х сторон и ниже до неуказанных уровней, дисфункция тазовых органов (задержка мочи).
2. Топический диагноз – поражение передних 2/3 поперечника спинного мозга с уровня Т8 и ниже с 2-х сторон – с вовлечением спино-таламических путей и передних рогов на уровне поясничного утолщения (перекрывающее поражение пирамидных путей в боковых столбах) – бассейн передней спинальной артерии (синдром Преображенского).
3. Клинический диагноз – Инфаркт спинного мозга (кардиоэмболический) в зоне смежного кровообращения ПСА и ЗСА на Т11 с вовлечением всего серого и части белого вещества, нижняя вялая параплегия, диссоциированное расстройство чувствительности, дисфункция тазовых органов (задержка мочи).
4. Можно также думать о поражении СМ вокруг центрального канала ("карандаш Цюльха") на уровне Т11 с вовлечением всего серого и части белого вещества (зоны смежного кровообращения ПСА и ЗСА) при нарушении кровотока к СМ на уровне аорты (механизм кардиоэмболии). Учитывая боли в верхней части живота и быстрое нарушение функции почек, следует отдать предпочтение данному варианту.
5. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта в сочетании с мероприятиями

ми вторичной профилактики инсульта (непрямые оральные антикоагулянты, при невозможности – антиагреганты), препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В.

Диспансерное наблюдение такого пациента у невролога по месту жительства – в течение 1 года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия у такого пациента также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

Задание 6.

На приеме мужчина 43-х лет – при ходьбе чрезмерно поднимает ноги, с изменённой силой опускает их. При закрывании глаз выраженность нарушений походки резко усиливается.

1. Как называется походка, для какого клинического синдрома она характерна?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз?
4. Какое лечение можно назначить?

Эталон ответа:

1. «Штампующая» походка характерная для сенситивной атаксии.
2. Возникает при поражении задних канатиков спинного мозга, периферических нервов, медиальной петли, зрительного бугра, в которых проходят проводящие пути глубокой чувствительности.
3. Синдром сенситивной атаксии (дифференциальная диагностика поражения задних канатиков спинного мозга и периферических нервов).
4. Тиоктовая кислота, цианокобаламин и другие витамины В-группы, пентоксифиллин, этиотропное, патогенетическое лечение в зависимости от выявленной причины заболевания.

Задание 7.

На приеме мужчина 59-ти лет – изменилась походка (стало тянуть вперёд), появилась скованность во всём теле, стало трудно менять позу, начать движение или остановиться во время движения. Появился мелкий трепор в пальцах рук в покое. При осмотре: парезов конечностей нет, мышечный тонус повышен по типу «зубчатого колеса».

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз?
4. Какое лечение можно назначить?

Эталон ответа:

1. Акинетико-риgidный синдром.
2. Поражена экстрапирамидная система, черная субстанция, нигростриарные нейроны.
3. Акинетико-риgidный синдром (синдром паркинсонизма).
4. В случае подтверждения диагноза болезни Паркинсона наиболее эффективны агонисты дофаминергических рецепторов и препараты леводопы.

Задание 8.

На приеме мужчина 53-х лет – жалобы на общую скованность, замедленность движений в конечностях, мелкоразмашистое дрожание в руках в покое по типу «счета монет».

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3-х лет, когда постепенно возникло дрожание в левой руке, скованность движений в левом плечевом поясе, через несколько месяцев

пациент заметил скованность в левой ноге, затруднения при начале движения, с последующим переходом симптомов на правые конечности.

При осмотре: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Гипомимия. Глубокие рефлексы живые, D=S. Тонус в конечностях повышен по типу «зубчатого колеса», больше слева. Тремор кистей по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях. Гипокинезия, микрография, шаркающая походка, ахейрокинез.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснуйте поставленный диагноз?
3. Составьте план обследования для данного пациента?
4. Составьте план медикаментозного лечения пациента?
5. Дайте рекомендации по дальнейшей реабилитации пациента?

Эталон ответа:

1. Болезнь Паркинсона, смешанная форма с преимущественным вовлечением левых конечностей, 2 степень тяжести (по Хен-Яр).
2. 1. На основании имеющегося у пациента синдрома паркинсонизма в виде гипокинезии, мышечной ригидности, тремора покоя.
2. Подтверждающих критериев болезни Паркинсона: тремора покоя, одностороннего начала заболевания, постоянной асимметрии с более выраженным симптомами на стороне тела, с которой началось заболевание, а также прогрессирующее течение болезни.
3. Отсутствия критериев исключения болезни Паркинсона.
3. 1. Леводопа-тест – для подтверждения диагноза болезни Паркинсона и поражения черной субстанции (смысл пробы – улучшение дофаминергической передачи в нигростриатном тракте при получении предшественников дофамина извне).
2. Методы нейровизуализации (КТ, МРТ) – для исключения патологий, ведущих к развитию вторичного паркинсонизма (объемные образования, ишемические и геморрагические инсульты, посттравматические и воспалительные изменения).
3. ПЭТ с флюородопой – для прижизненной оценки структурно-функциональных изменений в экстрапирамидной системе.
4. 1. Ингибиторы МАО-В (Селегилин) – с целью увеличения продолжительности действия дофамина в синаптической щели.
2. Агонисты дофаминовых рецепторов (пиребедил, прамипексол) – улучшение дофаминергической передачи путем активации дофаминергических рецепторов.
3. При недостаточности эффекта – добавить антагонисты NMDA-рецепторов (амантадин) – улучшение дофаминергической передачи за счет активации выделения дофамина из пресинаптического окончания.
5. 1. Дозированная физическая и интеллектуальная активность с максимально долгим сохранением активной профессиональной деятельности. Противопоказаны чрезмерные физические нагрузки.
2. Психотерапия с целью принятия факта наличия хронического заболевания с пожизненным лечением.
3. Занятия лечебной физкультурой, направленные на тренировку координации движений, ходьбы широким шагом.
4. Физиотерапевтические методы лечения – с целью снижения мышечного тонуса, улучшением трофики нервной ткани.
5. Проведение школ для пациентов с болезнью Паркинсона и их родственников.

Задание 9.

Мужчина 20-ти лет обратился с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). С 10 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза.

Объективно: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, ин-

тенционный трепет при выполнении координационных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

1. Назовите топический диагноз?
2. Назовите феномен, который был обнаружен при осмотре офтальмологом?
3. Какой наиболее вероятный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для подтверждения диагноза?
5. Укажите принципы терапии?

Эталон ответа:

1. Поражены базальные ганглии, мозжечок.
2. Кольца Кайзера-Флейшера, феномен обусловлен отложением меди в десцеметовой мемbrane внутреннего слоя роговицы глаза.
3. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-риgidная форма). Вильсоновский гепатит.
4. Определение уровня меди в крови и моче, уровня церулоплазмина в крови, лабораторное исследование функции печени, УЗИ органов брюшной полости, биопсия печени, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, генетическое исследование пациента и обследование сибсов (если есть).
5. Медьэлиминирующая терапия (D-пенициламин), препараты цинка, гепатопротекторы, диета (исключение продуктов с большим содержанием меди), симптоматическая терапия.

Задание 10.

Пациент 57-ми лет обратился с жалобами на слабость в верхних и нижних конечностях, которые отмечает в течение 2-х лет.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Бицепс-рефлекс живой, D=S, трицепс- и карпо-радиальный рефлексы снижены, D=S. Рефлексы с нижних конечностей – высокие, с расширением рефлексогенных зон и клонусом стоп D=S. Гипотрофия и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса. Сила в верхних конечностях снижена до 4 баллов, в нижних – до 3 баллов. Мышечный тонус в верхних конечностях снижен, в нижних – повышен по типу «складного ножа». Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Газовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и определите их предположительные результаты?
3. Укажите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии, определите их цель и предполагаемые результаты?
4. Составьте план лечения пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при данном заболевании?
5. Дайте рекомендации по устраниению факторов риска и формированию здорового образа жизни для данного пациента?

Эталон ответа:

1. Шейная миелопатия вследствие срединной грыжи диска C7-C8 3-й степени с умеренным вялым параличом верхних конечностей и выраженным спастическим параличом нижних конечностей
2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ шейного отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени, на которой вероятно обнаружение срединной грыжи диска C7-C8, 3-й степени, смещающая спинной мозг кзади. В связи с этим компрессируются передние отделы спинного мозга (передние рога, передние канатики), что приводит к нарушению двигательной функции.
3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического

го вмешательства.

2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.

3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.

4. План лечения:

1. Витамины группы В, с нейротрофической целью.
 2. НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокобаламин + анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома.
 3. Миорелаксанты с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома.
 4. Блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.
 5. При наличии показаний или отсутствия положительной динамики в течение 3 месяцев консервативной терапии – хирургическое лечение.
5. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.
 2. Занятия лечебной физкультурой.
 3. Ношение шейного воротника.
 4. Применение физиотерапевтических методов лечения.
 5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

Задание 11.

У мужчины 64-х лет в течение полугода развились гипотрофии мышц верхних конечностей, снижение глубоких рефлексов, мышечной силы и фибриллярные подёргивания в мышцах рук. Изменена походка, при ходьбе «тянет» ноги. Резкое повышение глубоких рефлексов и мышечного тонуса на ногах, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

3. Вероятный диагноз? Какое лечение можно назначить?

4. Укажите особенности ведения такого пациента в дальнейшем.

Эталон ответа:

1. Смешанный тетрапарез (вялый верхний парапарез и спастический нижний парапарез) – синдром БАС.
2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне шейного утолщения С5-Тh2 сегментов: поражены передние рога и латеральные пирамидные пути в боковых столбах.
3. Боковой амиотрофический склероз. Средством специфической нейропротективной терапии пациентов с БАС является ингибитор высвобождения глутамата рилузол, который увеличивает продолжительность жизни пациентов на 3-6 месяцев. Организация оптимального мультидисциплинарного симптоматического ухода снижает риск смерти в течение 5 лет болезни на 45%.
4. Возможно возникновение необходимости в постоянном проведении инвазивной или неинвазивной вентиляции, установке гастростомы.

Задание 12.

У больного после перенесенного ОНМК отмечается слабость в правых конечностях с ограничением активных движений в них, повышением мышечного тонуса в сгибателях предплечья и разгибателях голени, повышением глубоких рефлексов на правых конечностях, с наличием рефлексов Бабинского и Оппенгейма справа в сочетании с прозопарезом всей правой половины лица и девиацией языка вправо без наличия его атрофии и фибрillаций.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

3. Сформулируйте диагноз.

4. Укажите основные направления ведения такого пациента в дальнейшем.

Эталон ответа:

1. Правосторонний центральный гемипарез и поражение центрального мотонейрона правых VII и XII черепных нервов.
2. Поражена левая внутренняя капсула.
3. Инфаркт мозга в бассейне левой СМА, правосторонний спастический гемипарез, восстановительный период
4. Необходимо назначение мероприятий и средств вторичной профилактики инсультов, а также – осуществление физической реабилитации на фоне ботулинотерапии в спастичных мышцах.

Задание 13.

У молодого человека 22-х лет в течение недели развились слабость во всех конечностях, затруднение ходьбы и самообслуживания. 2 года назад отмечал быстрое снижение остроты зрения на левом глазу с самопроизвольным восстановлением в течение 3-х дней. При осмотре выявляется ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и глубоких рефлексов. Патологические рефлексы Россолимо на кистях, а Бабинского и Оппенгейма на стопах. Функция черепных нервов не нарушена.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз? Какое лечение можно назначить?
4. Укажите особенности ведения такого пациента в дальнейшем.

Эталон ответа:

1. Спастический тетрапарез.
2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне верхних шейных сегментов (C1-C4): поражены латеральные пирамидные пути в боковых канатках с обеих сторон.
3. Рассеянный склероз. В стадии обострения – пульс-терапия кортикоステроидами, возможно – в/в иммуноглобулин.
4. В стадии ремиссии – β -интерфероны, глатирамера ацетат или другие препараты превентивной терапии.

Задание 14.

У мужчины 57-ми лет постепенно изменилась походка, стала напоминать ходьбу пьяного, ходит и стоит с широко расставленными ногами, особенно затруднены повороты. Появилась скандированная речь, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во всех конечностях, интенционное дрожание при пальценосовой и пятконо-коленной пробах с двух сторон.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз?
4. Какое лечение можно назначить?

Эталон ответа:

1. Мозжечковая атаксия.
2. Поражены оба полушария мозжечка.
3. Спино-церебеллярная атаксия.
4. Нейропротективная, антиоксидантная терапия.

Задание 15.

У мужчины 57-ми лет постепенно появилась шаткость вправо при ходьбе, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пятконо-коленной пробы.

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Вероятный диагноз?
4. Какое лечение можно назначить?

Эталон ответа:

1. Правосторонняя мозжечковая атаксия.
2. Поражено правое полушарие мозжечка.
3. Спино-церебеллярная атаксия.
4. Нейропротективная, антиоксидантная терапия.

Задание 16.

В отделение поступила женщина 33-х лет – сегодня днем после физической нагрузки развилась сильная головная боль, была однократная рвота, сознание нарушилось по типу оглушения, чередующегося с приступами двигательного возбуждения.

В течение последнего месяца периодически отмечала двоение предметов при взгляде прямо перед собой и влево и боли в лобно-орбитальной области справа, расширение правого зрачка.

При осмотре через час после поступления: неполный синдром наружной стенки правого кавернозного синуса, мидриаз справа. Глубокие рефлексы без убедительной сторонности. Признаки фотофобии. Менингеальных симптомов не выявлено. Температура тела нормальная. АД 150/90 мм рт.ст.

Через 3 дня развился левосторонний гемипарез с наличием симптома Бабинского и менингеальных симптомов. Общемозговая симптоматика сохраняется.

1. Определите предположительный диагноз
2. Ваше мнение о характере процесса и генезе гемипареза?
3. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
4. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

Эталон ответа:

1. Клинический диагноз – Синдром верхней глазничной щели (синдром кавернозного синуса).
2. На 1-ом этапе, поскольку хемоза и экзофтальма нет, то диагноз синдрома Толоса-Ханта маловероятен. Исключить его поможет отсутствие гранулем в области верхней глазничной щели или в наружной стенке кавернозного синуса на МРТ головного мозга. На этом этапе можно было также думать об опухоли пещеристого синуса или о его тромбозе.
3. Развитие в дальнейшем гемипареза с менингеальным синдромом свидетельствует о разрыве аневризмы супраклиноидной части ВСА (субарахноидальное кровоизлияние) – синдром Редера. Золотым стандартом диагностики аневризмы являются церебральная ангиография и КТ-ангиография.
4. Лечение пациента с аневризмой должно быть хирургическим.

Диспансерное наблюдение такого пациента у невролога по месту жительства – в течение 1 года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также могут включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

Задание 17.

В отделение доставлена женщина 64-х лет с артериальной гипертензией в анамнезе в течение 10 лет (адаптирована к АД 140/90 мм рт.ст.), у которой на фоне повышения АД до 210/110 мм рт.ст., сопровождавшегося диффузной головной болью, отмечалась кратковременная потеря сознания с тонико-клоническими судорогами в конечностях, преимуще-

ственno в левых, и прикусом языка. Придя в сознание, больная обнаружила у себя слабость в дистальных отделах левой ноги.

При осмотре выявлен центральный, преимущественно дистальный, парез левой ноги. При РКТ, произведенной через 5 дней, выявлен гиперденсивный очаг размером 2,5x3,0 см парасагиттально на уровне центральных извилин справа, который был расценен как проявление геморрагического инсульта. Из проведенного обследования обращало на себя внимание ускорение СОЭ до 50 мм/ч. Пациентка выписана из стационара с улучшением с диагнозом: ОНМК по смешанному типу в бассейне правой передней мозговой артерии на фоне артериальной гипертензии III ст.

В дальнейшем отмечались умеренные головные боли, преимущественно в правой теменной области, и нарастающий парез левой ноги.

1. Определите предположительный диагноз
2. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

Эталон ответа:

1. Клинический диагноз – Объемное образование задне-нижних отделов правой прецентральной извилины (с учетом наличия головной боли, повышения СОЭ, нарастания степени пареза ноги, эффекта раздражения коры с развитием судорожного приступа).
2. Для уточнения характера патологического процесса необходимо проведение МРТ головного мозга с контрастом.
3. Лечение в случае подтверждения диагноза опухоли должно быть оперативным.

В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1 года – 1 раз в 2-3 месяца, далее – 1-3 раза в год.

Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), противоотечные средства, препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях у пациентов трудоспособного возраста может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

Задание 18.

В отделение доставлена женщина 62-х лет – сегодня днем во время приготовления обеда почувствовала внезапное головокружение, сопровождавшееся тошнотой и рвотой, сильную головную боль в затылочной области.

В анамнезе – артериальная гипертензия в течение 15 лет (гипотензивные препараты принимала регулярно и постоянно). Адаптирована к АД 160/90 мм рт.ст.

При осмотре – сонлива, вялая. АД 230/130 мм рт.ст. Зрачки S=D, 3 мм в диаметре, фото-реакции сохранены. Глазные яблоки и голова повернуты вправо. Глубокие рефлексы с конечностями повышенны, D>S. Симптом Бабинского справа. Адиадохокинез, легкая дисметрия, мышечная гипотония в левых конечностях. Спустя час после осмотра стала еще более заторможенной, стали определяться двусторонние стопные знаки. Выявлена брадикардия 50 ударов в минуту.

При РКТ головного мозга – гиперденсивный очаг в левом полушарии мозжечка.

1. Определите предположительный диагноз
2. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

Эталон ответа:

1. Клинический диагноз – Кровоизлияние (гематома) в левом полушарии мозжечка, отек ствола мозга.
2. В тоже время нельзя исключить наличие опухоли мозжечка, что требует проведения МРТ головного мозга.
3. Лечение гематом мозжечка – оперативное при объеме гематомы 14 см³ и более или максимальном диаметре >3 см, сдавлении ствола мозга, развитии окклюзионной гидроцефалии. При этом хирургическое лечение противопоказано при угнетении сознания до глубокой или запредельной комы с нестабильностью гемодинамики.

Консервативное ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта с акцентом на гипотензивную и противоотечную терапию.

В дальнейшем необходимо диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1 года – 1 раз в 2-3 месяца, далее – 1-3 раза в год.

Реабилитационные мероприятия должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях у пациентов трудоспособного возраста может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

Задание 19.

В отделение доставлена женщина 33-х лет, с 15-ти лет страдающая приступами мигрени с офтальмической аурой с частотой 2-4 раза в месяц. Приступ заключается в том, что после кратковременных фотопсий с присоединяющимися двусторонними скотомами через 10-15 минут развивается гемикрания (с чередованием сторон при разных приступах) длительностью несколько часов. В межприступном периоде считала себя здоровой. Последние 2 года головные боли не отмечала.

Неделю назад на фоне интенсивной правосторонней головной боли, которой предшествовали фотопсии в левых полях зрения, возникла левосторонняя гомонимная гемианопсия, повторная рвота. Головная боль и гемианопсия не проходили в течение двух суток, в связи с чем была госпитализирована.

При осмотре – помимо гемианопсии выявлены легкая левосторонняя пирамидная недостаточность и недостаточность иннервации мимической мускулатуры по центральному типу. При соматическом осмотре патологии не выявлено. Гемограмма не изменена. Семейный анамнез отягощен по мигрени.

При РКТ в день поступления – патологии не выявлено, однако через 2 недели при повторной РКТ выявлен гиподенсивный очаг в правой затылочной доле.

1. Определите предположительный диагноз
2. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
3. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

Эталон ответа:

1. Клинический диагноз – Инфаркт мозга в бассейне правой ЗМА (мигрень-индуцированный инсульт). Такой расценивается как мигренозный инфаркт (G43.3), являющийся осложнением мигрени.
2. В то же время необходимо проведение МРТ и МРА головного мозга для исключения другой этиологии инфаркта мозга с симптомами, напоминающими мигрень с аурой (окклюзия/диссекция базилярной или позвоночной артерий, кар-

диоэмболии, артериовенозные мальформации, церебральный венозный тромбоз). При этом РКТ в остром периоде может не выявлять ишемические изменения в тканях головного мозга, поэтому в данном случае только на повторной РКТ выявлен сформировавшийся очаг инфаркта мозга.

3. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. Лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, препараты магния.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства в течение 1-го года – 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем – 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, препараты магния, витамины группы В, немедикаментозные средства – ЛФК (медицинская реабилитация). С целью профилактики приступов мигрени и нарушений мозгового кровообращения возможно назначение вазобрала (по 1/2-1 таблетке 2 раза в день в течение 2-3 месяцев).

При выраженных остаточных явлениях инсульта может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

Задание 20.

В отделение доставлена женщина 22-х лет, первобеременная, с диагнозом "Острый миелит, нижняя вялая параплегия. Беременность 34 недели".

За месяц до госпитализации стала замечать повышенную утомляемость ног при ходьбе, стала часто запинаться. Отмечался эпизод, когда, поднимаясь по лестнице, упала ("подкосились ноги"), было недержание мочи. Через 5-10 минут все нарушения регрессировали. В дальнейшем в положении лежа на спине стали появляться преходящие чувство зябкости и слабость в ногах. Проснувшись сегодня утром, обнаружила отсутствие активных движений в ногах, онемение нижней части тела, недержание мочи.

При осмотре: нижняя вялая параплегия с арефлексией, диссоциированная паранестезия с уровня Т9, недержание мочи. Пульсация артерий тыла стопы ослаблена. Температура тела периодически субфебрильная. Анализ крови: Л 8,0x10⁹ /л, СОЭ 28 мм/ч. Ликвор не изменен, ликворологические пробы не нарушены. На спондилограммах патологии не выявлено.

Через 2 суток после родоразрешения путем кесарева сечения появились активные движения в пальцах ног, позывы к мочеиспусканию. Через 5 дней стали вызываться коленные рефлексы и симптом Бабинского с обеих сторон. В течение 2-х недель явления неврологического дефицита значительно регрессировали.

1. Определите предположительный диагноз
2. Объясните особенности неврологической симптоматики.
3. Необходимость использования инструментальных методов исследования?
4. Определите тактику ведения пациента и диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия.

Эталон ответа:

1. Нарушение спинального кровообращения.
2. Неврологическая симптоматика обусловлена компрессией беременной маткой брюшной аорты и ухудшением (особенно в положении лежа на спине) при этом кровоснабжения спинного мозга с развитием сначала преходящей ишемии поясничного утолщения с парезом ног и недержанием мочи, а затем – более стойких

двигательных, чувствительных и тазовых расстройств (бассейн артерии поясничного утолщения Адамкевича). В то же время компрессия брюшной аорты может быть связана с периаортальной опухолью. Также ишемия поясничного утолщения может развиваться при сдавлении непосредственно самой артерии Адамкевича грыжей МПД, однако в данном случае нет указаний на вертебральный болевой синдром. На отсутствие миелита указывает отсутствие воспалительных изменений в крови и быстрый регресс неврологической симптоматики.

3. Проведение МРТ забрюшинного пространства.
4. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта и связано с решением вопроса о быстром родоразрешении. Лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, препараты магния.

Диспансерное наблюдение невролога по месту жительства – в течение 1 года - 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год.

В дальнейшем реабилитационные мероприятия также должны включать медикаментозное лечение препаратами с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, немедикаментозные средства – электростимуляция паретичных мышц, массаж, ЛФК (медицинская реабилитация).

При выраженных остаточных явлениях может возникнуть необходимость в медико-профессиональной реабилитации с подбором профессии и адаптацией к ней, трудовой реабилитации (возможное трудоустройство и адаптация инвалида на конкретном рабочем месте) и социальной реабилитации, направленную на улучшение качества жизни инвалидов.

Тестовый контроль ОПК-4

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием:

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

Эталон ответа: 3) экстрапирамидных нарушений

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Двигательные и чувствительные нарушения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлены поражением:

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

Эталон ответа: 5) всего перечисленного

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Тип расстройства чувствительности при рассеянном склерозе:

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

Эталон ответа: 5) проводниковый

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для рассеянного склероза характерны:

- 1) ретробульбарный неврит зрительного нерва
- 2) спастическая кривошея
- 3) мозжечковая атаксия
- 4) сенсорная афазия
- 5) императивные позывы на мочеиспускание
- 6) верно 1,3,5**

Эталон ответа: 6) верно 1,3,5

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Злокачественные формы рассеянного склероза обычно вызваны поражением:

- 1) левой височной доли
- 2) левой лобной доли
- 3) левой теменной доли
- 4) ствола головного мозга**
- 5) спинного мозга

Эталон ответа: 4) ствола головного мозга

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для миопатии?

- 1) псевдогипертрофии;
- 2) крыловидные лопатки;
- 3) осиная талия;
- 4) атрофия мышц плечевого и тазового пояса;
- 5) стопа Фридрайха;
- 6) снижение и исчезновение коленных рефлексов;
- 7) качественные изменения электровозбудимости;
- 8) фибриллярные подергивания.
- 9) верно 1,2,3,4,6**
- 10) верно 1,3,4,5,6,7

Эталон ответа: 9) верно 1,2,3,4,6

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для невральной амиотрофии Шарко-Мари?

- 1) бутылкообразная деформация ног;
- 2) псевдогипертрофии;
- 3) атрофия мышц плечевого и тазового пояса;
- 4) стопа Фридрайха;
- 5) фибриллярные подергивания мышц;
- 6) крыловидные лопатки;
- 7) снижение коленных и ахилловых рефлексов;
- 8) количественные изменения электровозбудимости;
- 9) качественные изменения электровозбудимости.

10) верно 1,4,5,7,9

11) верно 5,6,7,8,9

Эталон ответа: 10) верно 1,4,5,7,9

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Укажите, какие симптомы характерны для прогрессирующей мышечной дистрофии?

- 1) снижение тонуса мышц;
- 2) креатинурия;
- 3) фибриллярные подергивания мышц;
- 4) утиная походка;
- 5) снижение сухожильных рефлексов;

- 6) снижение интеллекта.
- 7) **верно 1,2,4,5**
- 8) верно 1,3,6

Эталон ответа: 7) верно 1,2,4,5

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Укажите, какие симптомы характерны для семейной спастической параплегии Штрюмпеля?

- 1) гиперрефлексия глубоких рефлексов;
- 2) динамическая атаксия;
- 3) псевдобульбарные симптомы;
- 4) спастическая походка;
- 5) проводниковые расстройства чувствительности;
- 6) повышение мышечного тонуса по пирамидному типу;
- 7) патологические рефлексы Бабинского;
- 8) нарушение функции тазовых органов.
- 9) **верно 1,4,6,7**
- 10) верно 1,4,5,6

Эталон ответа: 9) верно 1,4,6,7

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Основными диагностическими критериями деформирующей мышечной дистонии являются:

- 1) **торсионные гиперкинезы мышц туловища, конечностей, головы мышечная дистония**
- 2) гиперрефлексия коленных, ахилловых рефлексов, патологические рефлексы
- 3) нистагм
- 4) мозжечковые расстройства

Эталон ответа: 1) **торсионные гиперкинезы мышц туловища, конечностей, головы**

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Основными симптомами паркинсонизма не является:

- 1) ригидность
- 2) трепет покоя
- 3) **постурально-кинетический трепет**
- 4) постуральные нарушения
- 5) гипокинезия, брадикинезия, олигокинезия

Эталон ответа: 3) постурально-кинетический трепет

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Характерными симптомами болезни Эрба-Ротта являются:

- 1) атрофии мышц плечевого, тазового пояса
- 2) "крыловидные лопатки"
- 3) "осиная талия"
- 4) гипомимия, лицо «миопата»
- 5) **все вышеперечисленные**

Эталон ответа: 5) все вышеперечисленные

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Миастения вызвана поражением:

- 1) периферических нервов
- 2) передних рогов спинного мозга
- 3) передних корешков спинного мозга
- 4) задних рогов спинного мозга
- 5) **постсинаптических рецепторов нервно-мышечного синапса**

Эталон ответа: 5) постсинаптических рецепторов нервно-мышечного синапса

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для синдрома Миллера-Фишера характерны:

- 1) мозжечковая атаксия
- 2) бульбарный синдром
- 3) периферический полиневритический синдром
- 4) офтальмоплегия
- 5) острое развитие симптоматики

6) правильно 1,3,4,5

Эталон ответа: 6) правильно 1,3,4,5

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие:

- 1) бульбарных расстройств
- 2) тазовых расстройств**
- 3) расстройств глубокой чувствительности
- 4) нарушения аккомодации
- 5) сенсорной атаксии

Эталон ответа: 2) тазовых расстройств

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для алкогольной полинейропатии не характерно:

- 1) преимущественное поражение нижних конечностей
- 2) преимущественное поражение волокон поверхностной чувствительности**
- 3) синдром псевдотабеса
- 4) выраженные трофические расстройства
- 5) миастические нарушения

Эталон ответа: 2) преимущественное поражение волокон поверхностной чувствительности

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Укажите, какие симптомы характерны для наследственной хореи Гентингтона?

- 1) нарушение интеллектуальных функций;
- 2) гипотония мышц;
- 3) нистагм, скандированная речь, интенционное дрожание;
- 4) неритмичные непроизвольные движения;
- 5) поражение черепных нервов;
- 6) апатия, суицидальные попытки;
- 7) спастический тонус в конечностях;
- 8) миастические расстройства.

9) верно 1,4,6,8

10) верно 1,2,3

Эталон ответа: 9) верно 1,4,6,8

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего:

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

Эталон ответа: 4) ремиттирующее (волнообразное)

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Нарушение мочеиспускания в дебюте рассеянного склероза обычно проявляется:

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

Эталон ответа: 2) императивными позывами на мочеиспускание

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Признаки, нехарактерные для сосудистого паркинсонизма в отличие от болезни Паркинсона:

- 1) связь с цереброваскулярной патологией
- 2) нарушение ходьбы, при сохранной «велосипедной пробе» в положении лежа
- 3) преимущественное поражение нижней части тела
- 4) выраженный и стойкий эффект леводопы**
- 5) отсутствие гипокинезии

Эталон ответа: 4) выраженный и стойкий эффект леводопы

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

К основным симптомам гепатоцеребральной дистрофии не относится:

- 1) пластическая ригидность
- 2) гиперкинезы
- 3) гемипарез**
- 4) снижение интеллекта
- 5) кольцо Кайзера-Флейшера

Эталон ответа: 3) гемипарез

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

При болезни Ландузи-Дежерина преобладает поражение:

- 1) дистальных отделов конечностей
- 2) лица**
- 3) плечевого пояса
- 4) плечевого и тазового пояса
- 5) спины

Эталон ответа: 2) лица

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Атипичная форма Фишера острой полинейропатии Гийена-Барре характеризуется:

- 1) поражением языкоглоточного нерва
- 2) двусторонним парезом лицевого нерва
- 3) поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания
- 4) поражением глазодвигательных нервов и атаксией**

Эталон ответа: 4) поражением глазодвигательных нервов и атаксией

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются:

- 1) выраженность сенсорной атаксии
- 2) выраженность болевого синдрома
- 3) тяжесть вялых параличей конечностей
- 4) черный цвет кала
- 5) красный цвет мочи**

Эталон ответа: 5) красный цвет мочи

Ситуационные задачи ОПК-4

Задание 1.

У больного выявлены гипотрофии мышц верхних конечностей, снижение глубоких рефлексов, мышечной силы и фибриллярные подёргивания в мышцах рук. Изменена походка, при ходьбе «тянет» ноги. Резкое повышение глубоких рефлексов и мышечного тонуса на ногах, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

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

Эталон ответа:

1. Смешанный тетрапарез (вялый верхний парапарез и спастический нижний парапарез) – синдром БАС.

2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне шейного утолщения C5-Th2 сегментов: поражены передние рога и латеральные пирамидные пути в боковых столбах.

Задание 2.

У больного после перенесенного ОНМК отмечается слабость в правых конечностях с ограничением активных движений в них, повышением мышечного тонуса в сгибателях предплечья и разгибателях голени, повышением глубоких рефлексов на правых конечностях, с наличием рефлексов Бабинского и Оппенгейма справа в сочетании с прозопарезом всей правой половины лица и девиацией языка вправо без наличия его атрофий и фибрillationей.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

Эталон ответа:

1. Правосторонний центральный гемипарез и поражение центрального мотонейрона правых VII и XII черепных нервов.

2. Поражена левая внутренняя капсула.

Задание 3.

У больного выявлена слабость во всех конечностях, затруднение ходьбы и самообслуживания. При осмотре – ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и глубоких рефлексов. Патологические рефлексы Россолимо на кистях, а Бабинского и Оппенгейма на стопах. Функция черепных нервов не нарушена.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

Эталон ответа:

1. Спастический тетрапарез.

2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне верхних шейных сегментов (C1-C4): поражены латеральные пирамидные пути в боковых канатках с обеих сторон.

Задание 4.

У больного изменилась походка, стала напоминать ходьбу пьяного, ходит и стоит с широко расставленными ногами, особенно затруднены повороты. Появилась скандированная речь, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во всех конечностях, интенционное дрожание при пальценоносовой и пятконо-коленной пробах с двух сторон.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

Эталон ответа:

1. Мозжечковая атаксия.

2. Поражены оба полушария мозжечка.

Задание 5.

Больного при ходьбе шатает вправо, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценоносовой и пятконо-коленной пробы.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

Эталон ответа:

1. Правосторонняя мозжечковая атаксия.

2. Поражено правое полушарие мозжечка.

Задание 6.

Больной при ходьбе чрезмерно поднимает ноги, с изменённой силой опускает их. При закрывании глаз выраженность нарушений походки резко усиливается.

1. Как называется походка, для какого клинического синдрома она характерна?
2. Где расположен патологический очаг?

Эталон ответа:

1. «Штампующая» походка характерная для сенситивной атаксии.
2. Возникает при поражении задних канатиков спинного мозга, периферических нервов, медиальной петли, зрительного бугра, в которых проходят проводящие пути глубокой чувствительности.

Задание 7.

У больного изменилась походка (стало тянуть вперёд), появилась скованность во всём теле, стало трудно менять позу, начать движение или остановиться во время движения. Появился мелкий трепет в пальцах рук в покое. При осмотре: парезов конечностей нет, мышечный тонус повышен по типу «зубчатого колеса».

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

Эталон ответа:

1. Акинетико-риgidный синдром.
2. Поражена экстрапирамидная система, черная субстанция, нигростриарные нейроны.

Задание 8.

У больного наблюдаются насилистенные, резкие, бросковые, крупно-амплитудные движения с вращательным компонентом в проксимальных отделах правой руки и правой ноги.

1. Как называется двигательный синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

Эталон ответа:

1. Гемибаллизм, как вид экстрапирамидного гиперкинеза.
2. Поражено субталамическое ядро Льюиса.

Задание 9.

Пациент, 58 лет, обратился к неврологу с жалобами на общую скованность, замедленность движений в конечностях, мелкоразмашистое дрожание в руках в покое по типу «счета монет».

Из анамнеза известно: считает себя больным в течение 4 лет, когда постепенно возникло дрожание в левой руке, скованность движений в левом плечевом поясе, через несколько месяцев пациент заметил скованность в левой ноге, затруднения при начале движения, с последующим переходом симптомов на правые конечности.

При осмотре: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Гипомимия. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Тонус в конечностях повышен по типу «зубчатого колеса», больше слева. Тремор кистей по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях. Гипокинезия, микрография, шаркающая походка, ахейропинез.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснуйте поставленный диагноз?
3. Составьте план обследования для данного пациента?

Эталон ответа:

1. Болезнь Паркинсона, смешанная форма с преимущественным вовлечением левых конечностей, 2 степень тяжести (по Хен-Яр).
2. 1. На основании имеющегося у пациента синдрома паркинсонизма в виде гипокинезии, мышечной ригидности, трепета покоя.
2. Подтверждающих критериев болезни Паркинсона: трепета покоя, одностороннего начала заболевания, постоянной асимметрии с более выраженным симптомами на

стороне тела, с которой началось заболевание, а также прогрессирующее течение болезни.

3. Отсутствия критериев исключения болезни Паркинсона.

3. 1. Леводопа-тест – для подтверждения диагноза болезни Паркинсона и поражения черной субстанции (смысл пробы - улучшение дофаминергической передачи в нигростриатном тракте при получении предшественников дофамина извне).

2. Методы нейровизуализации (КТ, МРТ) – для исключения патологий, ведущих к развитию вторичного паркинсонизма (объемные образования, ишемические и геморрагические инсульты, посттравматические и воспалительные изменения).

3. ПЭТ с флюородопой – для прижизненной оценки структурно-функциональных изменений в экстрапирамидной системе.

Задание 10.

Студент 20 лет обратился в поликлинику с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). Известно, что с 10 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза.

Объективно врачом выявлено: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный трепет при выполнении координационных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

1. Назовите топический диагноз?

2. Назовите феномен, который был обнаружен при осмотре офтальмологом?

3. Какой наиболее вероятный диагноз?

4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для подтверждения диагноза?

Эталон ответа:

1. Поражены базальные ганглии, мозжечок.
2. Кольца Кайзера-Флейшера, феномен обусловлен отложением меди в десцеметовой мемbrane внутреннего слоя роговицы глаза.
3. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-риgidная форма). Вильсоновский гепатит.
4. Определение уровня меди в крови и моче, уровня церулоплазмина в крови, лабораторное исследование функции печени, УЗИ органов брюшной полости, биопсия печени, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, генетическое исследование пациента и обследование сибсов (если есть).

Задание 11.

Больного беспокоят приступы генерализованных судорог, которые начинаются с поворота головы и глаз вправо, после чего он теряет сознание и падает.

1. Как называется клинический синдром?

2. Какова локализация патологического очага?

Эталон ответа:

1. Генерализованный судорожный припадок с фокальным компонентом в виде поворота головы и глаз вправо.

2. Поражена левая лобная доля, задний отдел средней лобной извилины, где расположен центр сочетанного поворота головы и глаз.

Задание 12.

Больной эйфоричен, не оценивает свое состояние, дурашлив, снижена память, склонен к плоским остротам, неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

Эталон ответа:

1. Синдром «лобного поведения и лобной психики».
2. Поражена лобная доля головного мозга.

Задание 13.

Больной не узнает части своего тела, путает правую половину с левой, ощущает наличие третьей руки, не осознает проявления своего заболевания в виде гемиплегии и утверждает, что двигает парализованными конечностями.

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

Эталон ответа:

1. Расстройство схемы тела: аутотопагнозия, псевдомелия, анозогнозия.
2. Поражена теменная доля правого полушария головного мозга у правшей.

Задание 14.

У больного практически полностью отсутствует речь, на все вопросы отвечает одним словосочетанием: «да-да-да», но задаваемые инструкции понимает и правильно их выполняет.

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

Эталон ответа:

1. Синдром тотальной моторной афазии.
2. Поражена левая лобная доля в заднем отделе нижней лобной извилины, центр Бро-ка.

Задание 15.

У больного определяются нарушения речи в виде «салата из слов», плохого понимания обращенной речи, невыполнения инструкций из-за их непонимания. В то же время привычные словосочетания (например, собственные фамилию, имя, отчество) проговаривает без затруднений и правильно. В речи много не существующих в природе слов.

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

Эталон ответа:

1. Синдром сенсорной (акустико-гностической) афазии.
2. Поражена левая височная доля в заднем отделе верхней височной извилины, центр Вернике.

Задание 16.

У больного справа отмечается не смыкание век, невозможность поднять бровь, отставание угла рта при разговоре и улыбке. Слева – центральная гемиплегия.

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

Эталон ответа:

1. Альтернирующий паралич Мийяр-Гублера.
2. Очаг в Варолиевом мосту справа, где поражено ядро лицевого нерва и пирамидный путь.

Задание 17.

У больного атрофия и фибриллярные подёргивания мышц левой половины языка, при выс发扬ании он отклоняется влево, речь нарушена по типу дизартрии. Справа спастический гемипарез.

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

Эталон ответа:

1. Альтернирующий паралич Джексона.

2. Очаг в продолговатом мозге слева, где поражено ядро подъязычного нерва и пирамидный путь.

Задание 18.

У больного изменилась речь, стало трудно выговаривать слова, голос с носовым оттенком, поперхивание при глотании, мягкое нёбо при фонации неподвижно, глоточный рефлекс отсутствует, атрофия и фибрилляции мышц языка с обеих сторон.

1. Назовите клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?

Эталон ответа:

1. Бульбарный (периферический) паралич мышц языка, мягкого неба, гортани и глотки.

2. Поражение ядер IX-X-XII пар ЧН в продолговатом мозге.

Задание 19.

Пациент, 55 лет, обратился к неврологу с жалобами на слабость в верхних и нижних конечностях, которые беспокоят в течение 2-х лет.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Бицепс-рефлекс живой, D=S, трицепс- и карпо-радиальный рефлексы снижены, D=S. Рефлексы с нижних конечностей – высокие, с расширением рефлексогенных зон и клонусом стоп D=S. Гипотрофия и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса. Сила в верхних конечностях снижена до 4 баллов, в нижних – до 3 баллов. Мышечный тонус в верхних конечностях снижен, в нижних – повышен по типу «складного ножа». Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и определите их предположительные результаты?
3. Укажите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии, определите их цель и предполагаемые результаты?

Эталон ответа:

1. Шейная миелопатия вследствие срединной грыжи диска C7-C8 3-й степени с умеренным вялым параличом верхних конечностей и выраженным спастическим параличом нижних конечностей

2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ шейного отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени, на которой вероятно обнаружение срединной грыжи диска C7-C8, 3-й степени, смещающая спинной мозг кзади. В связи с этим компрессируются передние отделы спинного мозга (передние рога, передние канатики), что приводит к нарушению двигательной функции.

3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства.

2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.

3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.

Задание 20.

Мужчина 45 лет ремонтировал крышу загородного дома, не удержался и упал. Самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами и сказал, что ног не чувствует. Жена вызвала скорую помощь. При осмотре выявлен нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня T9.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие правила транспортировки в данной ситуации?
3. Какие обследования необходимо провести?

Эталон ответа:

1. Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне Т8.

2. Транспортировка осуществляется лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, подложенным под поясницу валиком, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.

3. МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника, рентгенографию ребер, обследование для исключения повреждения внутренних органов.

Тестовый контроль

ОПК-5

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Длительность неврологических расстройств при транзиторной ишемической атаке

1) до 24-х часов

2) до 2-х суток

3) до 3-х суток

4) до недели

5) до 3-х недель

Эталон ответа: 1) до 24-х часов

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Этиология транзиторных ишемических атак

1) ревматическое поражение сердца

2) эритремия

3) расслоение внутренней сонной артерии

4) атеросклероз

5) гипотиреоз

6) правильно 1,2,3,4

Эталон ответа: 6) правильно 1,2,3,4

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Механизмы развития транзиторных ишемических атак

1) артерио-артериальная эмболия мозговой артерии

2) гемодинамические нарушения + стеноз мозговой артерии

3) кардиальная эмболия мозговой артерии

4) повышение фибринолитической активности крови

5)1,2,3

Эталон ответа: 5)1,2,3

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для транзиторной ишемической атаки характерны

- 1) гемипарез
- 2) афазия
- 3) парциальный эпилептический припадок
- 4) гемигипестезия
- 5) кома

6) правильно 1,2,4

Эталон ответа: 6) правильно 1,2,4

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Основное отличие транзиторной ишемической атаки от инсульта

- 1) отсутствие нарушения сознания
- 2) отсутствие афазии
- 3) длительность очаговых неврологических симптомов менее суток**
- 4) меньшая степень неврологических расстройств
- 5) внезапное начало

Эталон ответа: 3) длительность очаговых неврологических симптомов менее суток

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Типичные проявления транзиторной ишемической атаки

- 1) парез руки
- 2) кратковременная утрата зрения на один глаз
- 3) изолированное системное головокружение
- 4) транзиторная спутанность сознания
- 5) парез мышц лица по центральному типу

6) правильно 1,2,5

Эталон ответа: 6) правильно 1,2,5

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Факторы риска транзиторных ишемических атак

- 1) пожилой возраст
- 2) гиперхолестеринемия
- 3) хронические головные боли напряжения
- 4) курение
- 5) сахарный диабет

6) правильно 1,2,4,5

Эталон ответа: 6) правильно 1,2,4,5

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Профилактика инсульта у больного с транзиторной ишемической атакой

- 1) ацетилсалициловая кислота
- 2) клопидогрель
- 3) карбамазепин
- 4) тиклопидин
- 5) пирацетам

6) правильно 1,2,4

Эталон ответа: 6) правильно 1,2,4

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Показание к каротидной эндартерэктомии у больного с транзиторными ишемическими атаками

- 1) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра**
- 2) окклюзия внутренней сонной артерии
- 3) стеноз внутренней сонной артерии 50—69% диаметра

- 4) стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра
- 5) двусторонний стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра

Эталон ответа: 1) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Ацетилсалициловая кислота у больного с транзиторной ишемической атакой

- 1) рекомендуется в дозе 75-325 мг в сутки**
- 2) предупреждает кровоизлияние в головной мозг
- 3) предупреждает субарахноидальное кровоизлияние
- 4) снижает риск развития эпилептических припадков
- 5) может вызвать желудочно-кишечные осложнения

Эталон ответа: 1) рекомендуется в дозе 75-325 мг в сутки

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для вторичной профилактики инсульта применяют

- 1) антикоагулянты
- 2) антитромбоцитарные средства (антиагреганты)
- 3) каротидную эндартерэктомию
- 4) сосудорасширяющие средства
- 5) ноотропные средства

6) правильно 1,2,3

Эталон ответа: 6) правильно 1,2,3

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Закупорка внутренней сонной артерии может привести к

- 1) транзиторной ишемической атаке
- 2) ишемическому инсульту
- 3) субарахноидальному кровоизлиянию
- 4) внутримозговому кровоизлиянию
- 5) слепоте на один глаз

6) правильно 1,2,5

7) правильно 1,2

Эталон ответа: 6) правильно 1,2,5

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Типичные осложнения нетравматического субарахноидального кровоизлияния

- 1) инфаркт миокарда
- 2) артериальная гипотония
- 3) спазм церебральных артерий**
- 4) повторное субарахноидальное кровоизлияние
- 5) гнойный менингит

Эталон ответа: 3) спазм церебральных артерий

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Хирургическое лечение наиболее эффективно при кровоизлиянии в

- 1) зрительный бугор
- 2) подкорковые ядра
- 3) лобную долю
- 4) мозжечок**
- 5) височную долю

Эталон ответа: 4) мозжечок

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием:

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

Эталон ответа: 3) экстрапирамидных нарушений

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Разрыв мешотчатой аневризмы обычно вызывает

- 1) внутримозговое кровоизлияние
- 2) субарахноидальное кровоизлияние**
- 3) острую гипертоническую энцефалопатию
- 4) лакунарный инсульт
- 5) транзиторную ишемическую атаку

Эталон ответа: 2) субарахноидальное кровоизлияние

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для установления диагноза внутримозгового кровоизлияния наиболее информативна

- 1) ломбальная пункция
- 2) эхоэнцефалоскопия
- 3) рентгеновская компьютерная томография головы**
- 4) церебральная ангиография
- 5) электроэнцефалография

Эталон ответа: 3) рентгеновская компьютерная томография головы

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Очаговая неврологическая симптоматика при транзиторной ишемической атаке чаще сохраняется в течение

- 1) несколько секунд
- 2) несколько минут**
- 3) 12 часов
- 4) 24 часов
- 5) 3-х суток

Эталон ответа: 2) несколько минут

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Фибринолитик (тканевой активатор плазминогена) не применяют при инфаркте мозга, если

- 1) артериальное давление 200/120 мм рт. ст. и выше
- 2) степень неврологического дефицита легкая
- 3) прошло 6 и более часов после инсульта
- 4) у больного тотальная афазия и гемиплегия
- 5) правильно 1) 2) 3)
- 6) правильно 1) 3)**

Эталон ответа: 6) правильно 1) 3)

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

У пациента сочетанная ишемическая болезнь сердца. Факторы риска развития ишемического инсульта

- 1) артериальная гипертензия
- 2) прием оральных контрацептивов (у женщин)
- 3) молодой возраст
- 4) сахарный диабет
- 5) сотрясение головного мозга
- 6) правильно 1) 2) 4)**
- 7) правильно 1) 4)

Эталон ответа: 6) правильно 1) 2) 4)

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего:

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

Эталон ответа: 4) ремитирующее (волнообразное)

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Укажите критерии эффективности диспансеризации пациентов с преходящими нарушениями мозгового кровообращения (ПНМК) с очаговой неврологической симптоматикой:

- 1.Отсутствие повторных случаев ПНМК. Сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.
- 2.Единичные повторные ПНМК в течение года без нарушения трудоспособности.
- 3.Отсутствие повторных случаев ПНМК без сохранения трудоспособности, со снижением временной нетрудоспособности.
- 4.Единичные повторные ПНМК в течение года с нарушением трудоспособности.
- 5.Множественные повторные случаев ПНМК без сохранения трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.

Эталон ответа: 1 Отсутствие повторных случаев ПНМК. Сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

При сотрясении головного мозга терапия на догоспитальном этапе:

1. является симптоматической
2. направлена на стабилизацию жизненно важных функций
3. проводится по жизненным показаниям
4. не проводится

Эталон ответа: 1. является симптоматической

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Выявление у пострадавшего менингеального синдрома свидетельствует о наличии:

1. сотрясения головного мозга
2. травматического субарахноидального кровоизлияния
3. спинального шока
4. диффузной аксональной травмы

Эталон ответа: 2 травматического субарахноидального кровоизлияния

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Наличие «светлого промежутка» при ЧМТ характеризует:

1. ушиб головного мозга
2. наличие внутричерепной гематомы
3. субарахноидальное кровоизлияние
4. сотрясение головного мозга

Эталон ответа: 2 наличие внутричерепной гематомы

Ситуационные задачи ОПК-5

Задание 1.

У больного 63-х лет в течение полугода развились гипотрофии мышц верхних конечностей, снижение глубоких рефлексов, мышечной силы и фибриллярные подёргивания в мышцах рук. Изменена походка, при ходьбе «тянет» ноги. Резкое повышение глубоких рефлексов и мышечного тонуса на ногах, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

- 1) Вероятный диагноз? Какое лечение можно назначить?
- 2) Укажите особенности ведения такого пациента в дальнейшем.

Эталон ответа:

1) Боковой амиотрофический склероз. Средством специфической нейропротективной терапии пациентов с БАС является ингибитор высвобождения глутамата рилузол, который увеличивает продолжительность жизни пациентов на 3-6 месяцев. Организация оптимального мультидисциплинарного симптоматического ухода снижает риск смерти в течение 5 лет болезни на 45%.

2) Возможно возникновение необходимости в постоянном проведении инвазивной или неинвазивной вентиляции, установке гастростомы.

Задание 2.

У больного через 2 месяца после перенесенного ишемического инсульта отмечается слабость в правых конечностях с ограничением активных движений в них, повышением мышечного тонуса в сгибателях предплечья и разгибателях голени, повышением глубоких рефлексов на правых конечностях, с наличием рефлексов Бабинского и Оппенгейма справа в сочетании с прозопарезом всей правой половины лица и девиацией языка вправо без наличия его атрофий и фибрillation.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Укажите основные направления ведения такого пациента в дальнейшем.

Эталон ответа:

1. Инфаркт мозга в бассейне левой СМА, правосторонний спастический гемипарез, восстановительный период

2. Необходимо назначение мероприятий и средств вторичной профилактики инсультов, а также – осуществление физической реабилитации на фоне ботулиновой терапии в спастичных мышцах.

Задание 3.

У больного 23-х лет в течение недели развились слабость во всех конечностях, затруднение ходьбы и самообслуживания. 2 года назад отмечал быстрое снижение остроты зрения на левом глазу с самопроизвольным восстановлением в течение 3-х дней. При осмотре выявляется ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и глубоких рефлексов. Патологические рефлексы Россолимо на кистях, а Бабинского и Оппенгейма на стопах. Функция черепных нервов не нарушена.

1. Вероятный диагноз? Какое лечение можно назначить?

2. Укажите особенности ведения такого пациента в дальнейшем.

Эталон ответа:

1. Рассеянный склероз. В стадии обострения – пульс-терапия кортикоидами, возможно – в/в иммуноглобулин.

2. В стадии ремиссии – β -интерфероны, глатирамер ацетат или другие препараты превентивной терапии.

Задание 4.

У больного 52-х лет постепенно изменилась походка, стала напоминать ходьбу пьяного, ходит и стоит с широко расставленными ногами, особенно затруднены повороты. Появилась скандированная речь, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во всех конечностях, интенционное дрожание при пальценосовой и пятко-коленной пробах с двух сторон.

1. Вероятный диагноз?

2. Какое лечение можно назначить?

Эталон ответа:

1. Спино-церебеллярная атаксия.

2. Нейропротективная, антиоксидантная терапия.

Задание 5.

У мужчины 63-х лет постепенно появилась шаткость вправо при ходьбе, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, глубокие рефлексы в правом бедре и голени отсутствуют.

шечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пятко-коленной пробы.

1. Вероятный диагноз?
2. Какое лечение можно назначить?

Эталон ответа:

1. Спино-церебеллярная атаксия.
2. Нейропротективная, антиоксидантная терапия.

Задание 6.

На приеме мужчина 34-х лет – при ходьбе чрезмерно поднимает ноги, с изменённой силой опускает их. При закрывании глаз выраженность нарушений походки резко усиливается.

1. Вероятный диагноз?
2. Какое лечение можно назначить?

Эталон ответа:

1. Синдром сенситивной атаксии (дифференциальная диагностика поражения задних канатиков спинного мозга и периферических нервов).

2. Тиоктовая кислота, цианокобаламин и другие витамины В-группы, пентоксифиллин, этиотропное, патогенетическое лечение в зависимости от выявленной причины заболевания.

Задание 7.

У мужчины 67-ми лет постепенно изменилась походка – стало тянуть вперёд, появилась скованность во всём теле, стало трудно менять позу, начать движение или остановиться во время движения. Появился мелкий трепет в пальцах рук в покое. При осмотре: пальцев конечностей нет, мышечный тонус повышен по типу «зубчатого колеса».

1. Вероятный диагноз?
2. Какое лечение можно назначить?

Эталон ответа:

1. Акинетико-риgidный синдром (синдром паркинсонизма).
2. В случае подтверждения диагноза болезни Паркинсона наиболее эффективны агонисты дофаминергических рецепторов и препараты леводопы.

Задание 8.

На приеме мужчина 58-ми лет с жалобами на общую скованность, замедленность движений в конечностях, мелкоразмашистое дрожание в руках в покое по типу «счета монет».

Из анамнеза – считает себя больным в течение 4 лет, когда постепенно возникло дрожание в левой руке, скованность движений в левом плечевом поясе, через несколько месяцев пациент заметил скованность в левой ноге, затруднения при начале движения, с последующим переходом симптомов на правые конечности.

При осмотре: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Гипомимия. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Тонус в конечностях повышен по типу «зубчатого колеса», больше слева. Тремор кистей по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях. Гипокинезия, микрография, шаркающая походка, ахейрокинез.

1. Составьте план обследования для данного пациента?
2. Составьте план медикаментозного лечения пациента?
3. Дайте рекомендации по дальнейшей реабилитации пациента?

Эталон ответа:

1. 1. Леводопа-тест – для подтверждения диагноза болезни Паркинсона и поражения черной субстанции (смысл пробы - улучшение дофаминергической передачи в нигростриатном тракте при получении предшественников дофамина извне).

2. Методы нейровизуализации (КТ, МРТ) – для исключения патологий, ведущих к развитию вторичного паркинсонизма (объемные образования, ишемические и геморрагические инсульты, посттравматические и воспалительные изменения).
 3. ПЭТ с флюородопой – для прижизненной оценки структурно-функциональных изменений в экстрапирамидной системе.
2. 1. Ингибиторы МАО-В (Селегилин) – с целью увеличения продолжительности действия дофамина в синаптической щели.
 2. Агонисты дофаминовых рецепторов (пиребедил, прамипексол) – улучшение дофаминергической передачи путем активации дофаминергических рецепторов.
 3. При недостаточности эффекта – добавить антагонисты NMDA-рецепторов (амантадин) – улучшение дофаминергической передачи за счет активации выделения дофамина из пресинаптического окончания.
 3. 1. Дозированная физическая и интеллектуальная активность с максимально долгим сохранением активной профессиональной деятельности. Противопоказаны чрезмерные физические нагрузки.
 2. Психотерапия с целью принятия факта наличия хронического заболевания с по жизненным лечением.
 3. Занятия лечебной физкультурой, направленные на тренировку координации движений, ходьбы широким шагом.
 4. Физиотерапевтические методы лечения – с целью снижения мышечного тонуса, улучшением трофики нервной ткани.
 5. Проведение школ для пациентов с болезнью Паркинсона и их родственников.

Задание 9.

На приеме мужчина 23-х лет с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). Известно, что с 10 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза.

Объективно: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный трепор при выполнении координационных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

1. Вероятный диагноз?
2. Укажите принципы терапии?

Эталон ответа:

1. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-риgidная форма). Вильсоновский гепатит
2. Медьэлиминирующая терапия (D-пенициламин), препараты цинка, гепатопротекторы, диета (исключение продуктов с большим содержанием меди), симптоматическая терапия.

Задание 10.

На приеме мужчина 67-ми лет с жалобами на слабость в верхних и нижних конечностях, которые беспокоят в течение 2-х лет.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Бицепс-рефлекс живой, D=S, трицепс- и карпо-радиальный рефлексы снижены, D=S. Рефлексы с нижних конечностей – высокие, с расширением рефлексогенных зон и клонусом стоп D=S. Гипотрофия и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса. Сила в верхних конечностях снижена до 4 баллов, в нижних – до 3 баллов. Мышечный тонус в верхних конечностях снижен, в нижних – повышен по типу

«складного ножа». Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Тазовые функции не нарушены.

1. Составьте план лечения пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при данном заболевании?

2. Дайте рекомендации по устраниению факторов риска и формированию здорового образа жизни для данного пациента?

Эталон ответа:

1. План лечения:

1. Витамины группы В, с нейротрофической целью.
 2. НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокобаламин + анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома.
 3. Миорелаксанты с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома.
 4. Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.
 5. При наличии показаний или отсутствия положительной динамики в течение 3 месяцев консервативной терапии – хирургическое лечение.
2. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.
2. Занятия лечебной физкультурой.
3. Ношение шейного воротника.
4. Применение физиотерапевтических методов лечения.
5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

Задание 11.

В отделение доставлен мужчина 47-ми лет, который упал с крыши одноэтажного дома. После падения самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами, не чувствовал ног. При осмотре – нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня Т9.

1. Вероятный диагноз?
2. Тактика лечения?

Эталон ответа:

1. Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне Т8.

2. В случае подтверждения сдавления спинного мозга (позвонком, гематомой) оперативное лечение - декомпрессия. Введение метилпреднизолона (30 мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

Задание 12.

В приемное отделение в 17:00 поступила женщина 72-х лет с жалобами на слабость и онемение в правой руке, асимметрию лица, нарушение речи.

Из анамнеза: длительно страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. Две недели назад остро возникли пекущие боли в области сердца, одышка при ходьбе, однако за медицинской помощью не обратилась. Резкое ухудшение состояния отмечает с 15:00 сегодняшнего дня, когда внезапно появились вышеуказанные жалобы, нарушилась речь, по поводу чего дочерью была вызвана бригада "скорой помощи": АД = 130/70 мм рт.ст., ЧСС 68 ударов в минуту, ЧДД 18 в минуту; температура тела 36,7°C; глюкоза крови по данным глюкометра - 5,1 ммоль/л; ЭКГ - единичные экстрасистолы, был выполнен ТгорТест - получен сомнительный результат.

При осмотре дежурным неврологом: элементы моторной афазии, асимметрия лица в виде сглаженности носогубной складки, опущения угла рта справа, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексы с рук живые D>S, с расширением рефлексогенных зон, с ног – живые, D=S. Мышечный тонус в правой руке повышен по спастическому типу. Мышечная сила в правой руке - 2 балла. Положительные симптомы орального автоматизма. Чувстви-

тельных расстройств нет. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
2. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

Эталон ответа:

1. Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний.
 2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
 3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики).
 4. Статины - с гиполипидемической целью.
 5. Антикоагулянты, антиагреганты (инфакт миокарда является противопоказанием к проведению тромболитической терапии).
1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом, логопедом.
 2. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.
 3. Ботулиновая терапия, с целью коррекции постинсультной спастичности.
 4. Физиотерапия - после острого периода инсульта.

Задание 13.

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен больной 72-х лет, длительно страдающий артериальной гипертензией. После подъема АД до 210/100 мм рт.ст. остро возникли головная боль в затылочной области, тошнота, однократная рвота, шаткость при ходьбе, головокружение.

При осмотре: пациент сонлив, быстро истощаем при контакте, лицо гиперемировано. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Разнонаправленный крупноразмашистый нистагм. Сухожильные рефлексы высокие, S>D, с расширением рефлексогенных зон. Положительный симптом Бабинского слева.Правосторонняя гемиатаксия.

1. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его.
2. Составьте программу реабилитации для данного пациента.

Эталон ответа:

1. Удаление гематомы путем хирургического вмешательства.
 2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
 3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики) – для профилактики развития повторных сосудистых событий.
 4. Борьба с гипертензионным синдромом (возвышенное положение головного конца, осмодиуретики, оксигенотерапия, гипертонический раствор натрия хлорида, седация (барбитураты, кетамин, пропофол), хирургически – декомпрессионная краниотомия).
1. Ранняя реабилитация: ранняя вертикализация, занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.
 2. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.
 3. Физиотерапия – после острого периода инсульта.
 4. Работа с кинезиологом, эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

Задание 14.

Пациентка 23-х лет доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи – после интенсивной тренировки возникла остройшая головная боль, тошнота, рвота, двоение при взгляде вправо, психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания.

При осмотре: сонлива, на вопросы отвечает односложно, с запозданием. Лицо гиперемировано. АД при измерении 190/100 мм.рт.ст. При осмотре: расходящееся косоглазие слева. Положительные симптомы Бехтерева слева, Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц.

1. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
2. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

Эталон ответа:

1. Оперативное лечение - с целью выключения аневризмы из работы системного кровотока.
 2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
 3. Антигипертензивные препараты (преимущественно блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) – для профилактики развития повторных сосудистых событий, снижения уровня АД).
 4. Инфузии 2,5 л физиологического раствора в сутки - с целью профилактики гиповолемии.
 5. Коллоидные растворы – с целью гемодилюции.
1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.
 2. Физиотерапия – после острого периода инсульта.
 3. Работа с эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе

Задание 15.

На приеме женщина 74-х лет – по поводу прогрессирующего снижения памяти на текущие события. Отмечает забывчивость уже в течение нескольких лет, 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; 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 – выраженные нарушения памяти, умеренные нарушения гноэзиса, праксиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Вероятный диагноз?
2. Лечение?

Эталон ответа:

1. Болезнь Альцгеймера.
2. Ингибитор ацетилхолинэстеразы донепезил по 5-10 мг/сут. или ингибитор NMDA-глутаматных рецепторов мемантин по 5-20 мг/сут.

Задание 16.

На приеме мужчина 65-ти лет: жалобы на слабость, похудение рук и неловкость в них, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Указанные проявления стал отмечать около 1 года назад с дистальных отделов рук, постепенно они распространились и на проксимальные отделы.

При осмотре: гипотрофия мышц верхних конечностей, больше слева, частые фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы повышенны с обеих сторон, выявляются патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3-х баллов в левой руке, 3,5 баллов – в правой, больше в дистальных отделах, и до 4-х баллов – в ногах. Функция тазовых органов не нарушена,

глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

1. Вероятный диагноз?
2. Тактика ведения пациента?
3. Возможные исходы заболевания?

Эталон ответа:

1. Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.
2. Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца. Симптоматическое лечение.
3. 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.

Задание 17.

В отделение поступил мужчина 59-ти лет, который в течение последних 15 лет страдает артериальной гипертензией со средним уровнем АД 180-200/110-120 мм рт.ст. Регулярного лечения не получал. В последние годы появились и нарастают по выраженности нарушения памяти и внимания, неразборчивость речи, пошатывание и падения при ходьбе, недержание мочи.

При осмотре: заторможен, самостоятельно жалоб не предъявляет, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: рефлексы орального автоматизма, насильтственный смех и плач, высокие симметричные сухожильные рефлексы, симптом Бабинского с двух сторон, легкая гипокинезия и повышение мышечного тонуса по пластическому типу в нижних конечностях, походка на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гноэзиса.

1. Вероятный диагноз?
2. Лечение?

Эталон ответа:

1. Сосудистая деменция, синдромы постуральной неустойчивости, псевдобульбарный, пирамидная недостаточность в нижних конечностях, умеренных когнитивных нарушений
2. Постоянная гипотензивная терапия, ингибитор ацетилхолинэстеразы донепезил по 5-10 мг/сут. или ингибитор NMDA-глутаматных рецепторов мемантин по 5-20 мг/сут.

Задание 18.

На приеме мужчина 58 лет – жалуется на снижение памяти, сложность выполнения умственной работы, головные боли, нарушения сна. Считает себя больным в течение последних 6 месяцев после смерти жены. Снижение памяти и головные мешают больному справляться со своими профессиональными обязанностями и общаться с людьми. Головные боли ощущает постоянно, они средней интенсивности, носят сжимающий характер.

При осмотре – подавлен, вял, несколько заторможен. Правильно ориентирован в месте и времени. При исследовании эмоционального статуса выявляются значительное снижение фона настроения. Отчетливых нарушений праксиса, гноэзиса и речи не выявляется. Интеллектуальные операции замедленны. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Вероятный диагноз?
2. Лечение?

Эталон ответа:

1. Синдром депрессии. Головная боль мышечного напряжения.
3. Антидепрессант валльдоксан 25 мг на ночь 3-6 месяцев.

Задание 19.

В приемное отделение по скорой помощи поступил мужчина 68-ми лет – длительно страдает артериальной гипертензией, неделю назад, после подъема АД до 180/100 мм.рт.ст., возникли жалобы на онемение левой половины тела.

Неврологический статус: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без особенностей. Гипестезия левой половины тела. Сухожильные рефлексы с конечностей живые D=S. Мышечная сила и тонус не изменены. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
3. Дайте рекомендации по вторичной профилактике для данного пациента?

Эталон ответа:

1. Ишемический инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии с формированием лакунарного инфаркта в правом таламусе на фоне гипертонической болезни; изолированная гемигипестезия слева.
2. 1. Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний.
2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики).
4. Статины - с гиполипидемической целью.
5. Антиагреганты, антикоагулянты.
3. 1. Изменение образа жизни: диета с ограничением соли и насыщенных жиров, обогащенная клетчаткой, отказ от вредных привычек, регулярная физическая активность.
2. Контроль уровня АД, ЧСС.
3. Назначение антигипертензивной терапии.
4. Назначение антитромботической терапии (антиагреганты, антикоагулянты).
5. Назначение гиполипидемической терапии (статины).

Задание 20.

На приеме мужчина 36-ти лет с жалобами на периодически возникающие приступы потери сознания, с судорогами, прикусыванием языка. Приступу предшествует возникающее за несколько часов немотивированное изменение настроения, сложные слуховые галлюцинации в виде зрительных картин, предчувствие грядущего приступа. Частота приступов 4-5 раз в неделю.

Из анамнеза заболевания: 3 месяца назад попал в драку, получил удары по голове, вскоре после этого появились вышеуказанные жалобы.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?
2. Укажите группы препаратов, которые можно применять при лечении данного пациента?
3. Дайте рекомендации по дальнейшей реабилитации пациента?

Эталон ответа:

1. Симптоматическая височная эпилепсия с частыми сложными парциальными приступами с психо-сенсорной и слуховой аурой с частой вторичной генерализацией.
2. 1. Препараты вальпроевой кислоты (депакин).
2. Агонисты ГАМК-рецепторов (топирамат).
3. Блокаторы натриевых каналов (карбамазепин).
4. Производные пирацетама (леветирацетам).
5. Ламотриджин.
6. Прегабалин.
3. 1. Устранение факторов, способствующих возникновению приступов (недосыпания, физического и умственного перенапряжения), гипертермии.
2. Работа с психотерапевтом и психологом.

3. Систематическое наблюдение у невролога для динамического наблюдения и подбора адекватной схемы терапии и дозировки противосудорожных препаратов.

Тестовый контроль

ОПК-7

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите критерии эффективности диспансеризации пациентов с преходящими нарушениями мозгового кровообращения (ПНМК) с очаговой неврологической симптоматикой:

1.Отсутствие повторных случаев ПНМК. Сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.

2.Единичные повторные ПНМК в течение года без нарушения трудоспособности.

3.Отсутствие повторных случаев ПНМК без сохранения трудоспособности, со снижением временной нетрудоспособности.

4.Единичные повторные ПНМК в течение года с нарушением трудоспособности.

5.Множественные повторные случаев ПНМК без сохранения трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.

Эталон ответа: 1 Отсутствие повторных случаев ПНМК. Сохранение трудоспособности.

Снижение временной нетрудоспособности.

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При сотрясении головного мозга терапия на догоспитальном этапе:

1. является симптоматической

2. направлена на стабилизацию жизненно важных функций

3. проводится по жизненным показаниям

4. не проводится

Эталон ответа: 1. является симптоматической

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выявление у пострадавшего менингеального синдрома свидетельствует о наличии:

1. сотрясения головного мозга

2. травматического субарахноидального кровоизлияния

3. спинального шока
4. диффузной аксональной травмы

Эталон ответа: 2 травматического субарахноидального кровоизлияния

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Наличие «светлого промежутка» при ЧМТ характеризует:

1. ушиб головного мозга
2. наличие внутричерепной гематомы
3. субарахноидальное кровоизлияние
4. сотрясение головного мозга

Эталон ответа: 2 наличие внутричерепной гематомы

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Критический объем эпидуральной гематомы обычно составляет:

1. более 5-10 мл
 2. более 10-15 мл
 3. более 15-20 мл
 4. более 20-30 мл
- 5. более 30-40 мл**

Эталон ответа: 5 более 30-40 мл

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Критический объем субдуральной гематомы обычно составляет:

1. более 10-20 мл
2. более 20-30 мл
3. более 30-50 мл
4. более 50-80 мл
5. более 80-120 мл

Эталон ответа: 5 более 80-120 мл

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Наиболее часто встречающийся неврологический симптом при сотрясении головного мозга:

1. двусторонний симптом Бабинского
2. симптом натяжения Ласега
3. симптом Маринеску-Радовича
4. симптом Брудзинского

Эталон ответа: 3 симптома Маринеску-Радовича

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хлыстовую травму шеи следует дифференцировать с:

1. остеохондрозом шейного отдела позвоночника
2. мигреню
3. черепно-мозговой травмой
4. неврозоподобным состоянием

Эталон ответа: 1 остеохондроз шейного отдела позвоночника

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Последствия сотрясения головного мозга дольше сохраняются у:

1. детей
2. стариков
3. молодых людей
4. людей зрелого возраста

Эталон ответа: 1 детей

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Характер повреждений связок позвоночника в шейном отделе зависит от:

1. длины конечностей
2. окружности шеи и груди

3. механизма травмы
4. нагрузки при механическом воздействии
5. угла сгибания или разгибания шейного отдела
6. правильно 3,4,5

Эталон ответа: 6 правильно 3,4,5

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для изолированных повреждений задних связок шейного отдела

позвоночника характерны:

1. локальная боль в области шеи
2. болезненность при движениях, особенно при разгибании
3. выбухание мягких тканей над областью поврежденных связок
4. локальная боль в лобной и теменной области
5. отек тканей по окружности шеи
6. правильно 1,2,3.

Эталон ответа: 6 правильно 1,2,3

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для диффузной аксональной травмы характерны микроскопически диагностируемые кровоизлияния:

1. на границе серого и белого вещества головного мозга
2. на протяжении проводящих путей белого вещества головного мозга
3. околожелудочковой области
4. мозолистом теле
5. в коре головного мозга
6. правильно 1,2,3,4

Эталон ответа: 6 правильно 1,2,3,4

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для подвывиха позвонка при чрезмерном сгибании характерно:

1. потенциальная нестабильность
2. разрыв связочного аппарата с переломом костей
3. разрыв связочного аппарата без перелома костей
4. обеспечение стабильности за счет неповрежденной передней продольной связки
5. увеличение расстояния между остистыми отростками на рентгенограмме
6. правильно 1,2,3,4

Эталон ответа: 6 правильно 1,2,3,4

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для перелома остистого отростка («перелома землекопа») характерно:

1. нестабильность позвоночного столба
2. стабильность позвоночного столба
3. наличие неврологической симптоматики
4. отсутствие неврологической симптоматики
5. образуется при отрыве фрагмента остистого отростка межостистой связкой
6. правильно 2,3,5

Эталон ответа: 6 правильно 2,3,5

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для переломов вывиха тела позвонка при чрезмерном сгибании

характерно:

1. стабильность
2. нестабильность
3. обычно возникают неврологические нарушения
4. неврологические нарушения обычно не возникают

5. многооскольчатый перелом суставных отростков (боковых масс)

6. правильно 2,3,5

Эталон ответа: 6 правильно 2,3,5

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для «взрывного» перелома тела позвонка при вертикальной нагрузке

характерно:

1. потенциальная стабильность

2. расширение межпозвоночного пространства при рентгенографии

3. сужение межпозвоночного пространства при рентгенографии

4. перелом тела позвонка оскольчатый

5. неврологические нарушения

6. правильно 3,4,5

Эталон ответа: 6 правильно 3,4,5

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для «взрывного» перелома С1 (перелома Джейфферсона) при вертикальной нагрузке характерно:

1. нестабильность

2. два перелома передней дуги

3. два перелома задней дуги

4. обычно возникает у ныряльщиков

5. обычно возникает при падении на ягодицы

6. правильно 1,2,3,4

Эталон ответа: 6 правильно 1,2,3,4

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Анатомические особенности детей, определяющие своеобразность образования повреждений:

1. соотношение «масса головы к массе тела» больше, чем у взрослого,

2. головной мозг миелинизирован в меньшей степени, чем у взрослого,

3. кости черепа тоньше

4. почка защищена мышцами в большей степени и менее подвижна

5. эпифизарные зоны роста не закрыты

6. правильно 1,2,5

Эталон ответа: 6 правильно 1,2,5

Задание 19 Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Отдаленный период черепно-мозговой травмы – это:

1. период клинического выздоровления

2. период максимально возможной реабилитации нарушенных функций

в. период возникновения обусловленных ЧМТ новых патологических состояний

3. период от стабилизации нарушенных функций до их полного восстановления

4. период от стабилизации нарушенных функций до их частичного восстановления

5. правильно 1,2,3

Эталон ответа: 5 правильно 1,2,3

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Окулостатический феномен Гуревича при сотрясении головного мозга – это:

1. горизонтальный нистагм в крайних отведениях глазных яблок

2. невозможность конвергенции глазных яблок

3. нарушение статики при движениях глазных яблок

4. появление шума в ушах, головокружения при движении глазных яблок

5. правильно 3,4

Эталон ответа: 5 правильно 3,4

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для клинической картины шейного остеохондроза характерно:

1. приступообразная пульсирующая головная боль
2. отсутствие расстройств статики и походки
3. боль в глазах при взгляде на яркие предметы
4. положительный симптом осевой нагрузки
5. правильно 1,4

Эталон ответа: 5. правильно 1,4

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хлыстовая травма шеи – это:

1. повреждение шейного отдела позвоночника вследствие форсированного переразгибания с последующим резким сгибанием шеи
2. повреждение шейного отдела позвоночника вследствие резкого сгибания с последующим разгибанием шеи
3. повреждение шейного отдела позвоночника при резком ротационном воздействии
4. повреждение шейного отдела позвоночника при падении на голову с небольшой высоты

5. правильно 1,2

Эталон ответа: 5. правильно 1,2

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Общеасфектические признаки быстрого наступившей смерти является:

1. экхимозы в серозные оболочки
2. фибриногенолиз
3. жидкое состояние крови
4. наличие светлых свертков крови в сердце
5. правильно 1,3

Эталон ответа: правильно 1,3

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Признаки истинного утопления является:

1. дефекация
2. стойкая пена у отверстий рта и носа
3. специфический запах от полостей
4. наличие жидкости в пазухе клиновидной кости
5. правильно 2,4

Эталон ответа: правильно 2,4

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Странгуляционную борозду следует дифференцировать от:

1. естественных складок кожи
2. участков кожи, подвергшихся сдавлению частями одежды
3. проявлений гнилостной трансформации трупа
4. участков опрелости на коже шеи
5. правильно 1,2,3,4

Эталон ответа: 5 правильно 1,2,3,4

В результате конфликта с супругом у гр-ки М имеются следующие повреждения: закрытая черепно-мозговая травма в виде сотрясения головного мозга, ушибленной раны в правой теменной области, кровоподтеков и ссадин лица. Госпитализирована, выписана в удовлетворительном состоянии через 10 дней. Амбулаторно наблюдалась у невролога в течение 7 дней после выписки. Укажите медицинский критерий и степень тяжести вреда здоровью.

Эталон ответа: Легкий вред, кратковременное расстройство здоровью (до 21 дня).

Задание 2.

У гр. А. имеются многочисленные ссадины и кровоподтеки лица, верхних конечностей, туловища. Укажите медицинский критерий и степень тяжести вреда здоровью.

Эталон ответа: Указанные повреждения квалифицируются как не повлекшие вред здоровью.

Задание 3.

При обследовании у пострадавшего установлены последствия железнодорожного происшествия в виде сформировавшейся культи после травматической ампутации левой голени в средней трети. Первая помощь была оказана работниками мед.пункта станции, хирургическое лечение прошел в травматическом отделении больницы в течение 32 дней. Какой из приведенных ниже критериев тяжести вреда здоровью наиболее целесообразно принять во внимание в данном случае:

Эталон ответа: Потеря какого-либо органа.

Задание 4.

При освидетельствовании у пострадавшего установлен перелом левой лучевой кости в средней трети, ссадины и кровоподтеки на лице, левом плече, на тыле левой кисти. Повреждения получены при столкновении с грузовой автомашиной на перекрестке во время перехода улицы. Медицинская помощь оказана в травмпункте. Какой из приведенных ниже критериев тяжести вреда здоровью наиболее целесообразно принять во внимание в данном случае:

Эталон ответа: Длительность расстройства здоровья.

Задание 5.

При наличии у пострадавшего изолированного перелома наружной костной пластиинки теменной кости квалифицирующим признаком тяжести вреда здоровью является:

Эталон ответа: Длительность расстройства здоровья

Задание 6.

Пострадавшему была нанесена резаная рана мягких тканей левых височной и скуловых областей, сопровождавшаяся резким падением артериального давления, тахикардией и др. симптомами острой кровопотери. Листок нетрудоспособности выдан на 25 дней. Срок стационарного лечения 20 дней. Сформировался рубец, линейной формы, размерами 10x0,5 см, мягкий на ощупь, плоский, заживший первичным натяжением. Укажите критерий и степень тяжести вреда здоровью.

Эталон ответа: Опасность для жизни.

Задание 7.

На трупе погибшего в дорожно-транспортном происшествии, связанном с мотоциклом, установлены обширное осаднение области правого гребня подвздошной кости на фоне массивного кровоизлияния в мягкие ткани; вертикальный перелом ветвей правой лонной кости; обширное осаднение с вертикальными царапинами кожи лица; переломы костей лицевого и мозгового черепа с кровоизлияниями в мозг и под его оболочки; кровоизлияния в корнях легких, в связках печени; поверхностные разрывы диафрагмальной поверхности правой доли печени. Характер и локализация этих повреждений дают основание считать, что они образовались в результате:

Эталон ответа: Падения из движущегося мотоцикла.

Задание 8.

На теле погибшего на производстве, в левой теменной области, косо спереди назад и спра-ва налево веретенообразная рана с неровными осадненными краями, закругленными кон-цами и тканевыми перемычками. На уровне раны неправильно-овальный вдавленный перелом по ее длиннику. Вдавление образовано прямым переломом средней части по длиннику раны и изогнутыми трещинами справа и слева от него. На уровне перелома кро-воизлияние под оболочки и в вещества головного мозга. Характер этого повреждения дает основание считать, что оно образовалось в результате:

Эталон ответа: Ударов отделившимися деталями механизмов.

Задание 9.

Пациент К. 19 лет поступил в БСМП без сознания, со слов родственников, нырнул в воду в неподложенном месте, определите предположительно уровень взрывного перелома

Эталон ответа: Уровень взрывного перелома ниже уровня С2

Задание 10.

У пострадавшего (по профессии портной) имелся открытый перелом правой плечевой ко-сти, осложнившийся остеомиелитом. Исходом повреждения явилось нарушение функции правой верхней конечности, выразившееся в стойкой утрате общей трудоспособности в объеме 40%. Продолжительность лечения - 6 месяцев. После окончания лечения, в связи с невозможностью выполнять профессиональные обязанности переведен в подсобные рабо-чие. Укажите медицинский критерий и степень тяжести вреда здоровью.

Эталон ответа: Тяжкий вред здоровью, повлекший за собой стойкую утрату общей тру-доспособности более чем на 1/3.

Задание 11.

Пациент 35 лет попал в автодорожную аварию в результате которой получил хлыстовую травму шеи, какие у него могут развиться основные ведущие клинические синдромы:

Эталон ответа: Болевой, кохлеарный, зрительный, вестибулярный.

Задание 12.

На трупе, на спине справа, по лопаточной линии, на уровне третьего межреберья верете-нообразная рана кожи 1,5x0,5 см с острыми концами и подсохшими ровными краями. Ра-невым каналом рана проходит сзади наперед по мягким тканям, повреждает правую ло-патку, через межреберную мышцу третьего межреберья проникает в правую плевральную полость, проходит в ткани правого легкого, в котором слепо оканчивается. Суммарная длина раневого канала 8,7 см, он заполнен свертками крови. Повреждение кости правой лопатки в виде овала диаметрами 1,8 и 0,8 см по длиннику раны. Характер этого повре-ждения дает основание считать, что оно образовалось от действия

Эталон ответа: Колющего предмета.

Задание 13.

На спине пострадавшего, на уровне III-VI ребра, в промежутке между задней подмышеч-ной и околопозвоночной линиями, в косом поперечном направлении слева рана мягких тканей веретенообразной формы, длиной при сведении краев в 9,6 см, с ровными краями и острыми концами. Рана проникает до левой лопатки, где по длиннику ее определяется надрез надкостницы. Правый конец круто переходит в рану, левый постепенно переходит в поверхностный надрез. Рана заполнена свертком крови, кожа вокруг с небольшими по-марками крови. Характер этого повреждения дает основание считать, что оно образова-лось от действия:

Эталон ответа: Режущего предмета.

Задание 14.

На трупе на груди, спереди справа, по средне-ключичной линии, в поперечном направле-нии, в промежутке между X и XI ребрами имеется веретенообразная рана в направлении спереди назад, проникающая в брюшную полость с повреждением печени. На коже рана при сведении: краев линейная, длина ее 3,7 см. Края раны ровные, левый конец слегка за-круглен, правый - острый. Суммарная длина раневого канала около 7,2 см, в ткани печени

на поперечных разреза левый конец раны имеет «П» - образный вид. Характер этого повреждения дает основание считать, что оно образовалось от действия:

Эталон ответа: Колюще-режущего предмета.

Задание 15.

При исследовании трупа в теменной области головы по средней линии в направлении сверху вниз обнаружена проникающая в полость черепа рана. Повреждение кожи имеет форму вытянутого треугольника с верхним острым и нижним «П» - образным концами и ровными краями. Длина раны 6,3 см, ширина у нижнего конца 0,6 см. Соответственно рана в теменной кости в виде вытянутого треугольника дефект кости с относительно ровными краями длиной 6,1 см, шириной у нижнего конца 0,7 см. Далее рана через оболочки повреждает ткань мозга на глубину до 3,1 см. Характер этого повреждения дает основание считать, что оно образовалось от действия:

Эталон ответа: Рубящего орудия.

Задание 16.

Пострадавший обратился с ампутацией 1 пальца правой кисти, сам пострадавший является при этом левшой. Определите квалифицирующие признаки тяжести вреда, причиненного здоровью:

Эталон ответа: Стойкая утрата общей трудоспособности.

Задание 17.

У пострадавшего, установлен по данным осмотра, СКТ головного мозга открытый перелом костей свода черепа. Какой вред здоровью устанавливается?

Эталон ответа: Тяжкий вред здоровью.

Задание 18.

У пострадавшего по данным СКТ шейного отдела позвоночника выявлен перелом 1 и 2 шейных позвонков, в неврологическом статусе тетрапарез, мышечная сила 4 балла, чувствительных нарушений и тазовых нарушений нет. Определите квалифицирующий признак тяжести вреда, причиненного здоровью?

Эталон ответа: Опасность для жизни.

Задание 19.

Пострадавший обратился с наличием ссадин и кровоподтеков передней поверхности шеи. С использованием каких критериив в данном случае устанавливается тяжесть вреда, причиненного здоровью.

Эталон ответа: Повреждения, не причинившие вреда здоровью.

Задание 20.

Пострадавший обратился с посттравматическим птозом правого глаза. Определите квалифицирующий признак тяжести вреда здоровью.

Эталон ответа: Стойкая утрата общей трудоспособности.

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

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

ны	что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	не. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	плины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
----	--	--	---

Критерии оценивания форм контроля.

Критерии оценивания при зачёте:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	логичность и последовательность ответа
не зачтено	недостаточное знание изучаемой предметной области, неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	слабые навыки анализа явлений, процессов, событий, неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	отсутствие логичности и последовательности ответа

Собеседования:

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 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 об-	неумение давать аргументирован-	отсутствие логичности и последова-

	ласти, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	ные ответы	тельности ответа
--	--	------------	------------------

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

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	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание	Удовлетворительная	Удовлетворительные	достаточный уровень профессионального мышления

	проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	навыки решения ситуации	нального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
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

Навыков:

Отметка	Дескрипторы		
	системность теоретических знаний	знания методики выполнения практических навыков	выполнение практических умений
отлично	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	устойчивые знания методики выполнения практических навыков	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений
хорошо	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д., допускаются некоторые неточности, которые самостоя-	устойчивые знания методики выполнения практических навыков; допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений

	тельно обнаруживаются и быстро исправляются		
удовлетворительно	удовлетворительные теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	знания основных положений методики выполнения практических навыков	самостоятельность выполнения практических навыков и умений, но допускаются некоторые ошибки, которые исправляются с помощью преподавателя
неудовлетворительно	низкий уровень знаний о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д. и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки	низкий уровень знаний методики выполнения практических навыков	невозможность самостоятельного выполнения навыка или умения

Отметка	Дескрипторы			
	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
Отлично	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы.	Представленная информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.	Широко использованы информационные технологии. Отсутствуют ошибки в представляющей информации.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.

	Выводы обоснованы.			
Хорошо	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2 профессиональных терминов.	Использованы информационные технологии. Не более 2 ошибок в представляющей информации	Ответы на вопросы полные и/или частично полные
Удовлетворительно	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна. Использован 1-2 профессиональный термин.	Использованы информационные технологии частично. 3-4 ошибки в представляющей информации.	Только ответы на элементарные вопросы.
Неудовлетворительно	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Представляемая информация логически не связана. Не использованы	Не использованы информационные технологии. Больше 4 ошибок	Нет ответов на вопросы.