

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

Кафедра неврологии и восстановительной медицины с курсом остеопатии

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

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

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

Специальность
31.08.21 Психиатрия-наркология
Направленность (профиль) программы **психиатрия-наркология**

**Блок 1
Вариативная часть (Б1.В.ДВ.01.01)**

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

**Ростов-на-Дону
2024 г.**

Рабочая программа дисциплины (модуля) «**Неврология**» разработана преподавателями кафедры неврологии, восстановительной медицины с курсом остеопатии в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.21 "Психиатрия-наркология", утвержденного приказом Минобрнауки России №1063 от 25.08.2014

Рабочая программа дисциплины (модуля) составлена:

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность, кафедра
1	Черникова Ирина Владимировна	к.м.н., доцент	Заведующая кафедры
2	Балязина Елена Викторовна	д.м.н., профессор	Профессор кафедры
3	Сорокин Юрий Николаевич	д.м.н., доцент	Профессор кафедры
4	Сафонова Ирина Александровна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры

Рабочая программа дисциплины (модуля) обсуждена и одобрена на заседании кафедры неврологии, восстановительной медицины с курсом остеопатии

1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Дать обучающимся углубленные знания в области неврологии и выработать навыки **Цели освоения дисциплины**: подготовка квалифицированного врача-психиатра-нарколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи

Задачи:

1. Обеспечить освоение необходимого объема базовых, фундаментальных медицинских знаний в области неврологии, формирующих профессиональные компетенции врача-психиатра-нарколога, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-психиатра-нарколога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин – в области неврологии.

3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями нервной системы.

4. Сформировать способности врача-психиатра-нарколога к самостоятельной лечебно-диагностической деятельности в области неврологии, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья пациентов различных возрастных групп, способного оказывать паллиативную медицинскую помощь пациентам с заболеваниями нервной системы.

5. Сформировать умения и навыки выполнения диагностических и лечебных манипуляций и общеврачебных манипуляций по оказанию скорой и неотложной помощи пациентам с заболеваниями нервной системы.

6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-психиатру ориентироваться в вопросах медицинских экспертиз, организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи в области неврологии.

2. Место дисциплины (модуля) в структуре ООП

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Неврология» относится к Блоку 1 программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися. Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

3. Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование следующих компетенций 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
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	<p>Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> -современные методики вычисления и анализа основных медико-демографических показателей состояния здоровья населения; -распространенность основных неврологических заболеваний, их факторов риска, основные принципы здорового образа жизни, факторы риска заболеваний, включая вредные привычки и факторы внешней среды, причины и условия возникновения и распространения неврологических заболеваний, ранние клинические признаки заболеваний, основные принципы профилактики заболеваний нервной системы, основные нормативные документы, используемые при организации здравоохранения, принципы медико-социальной экспертизы, правила соблюдения санитарно-эпидемиологического режима при осуществлении медицинской помощи <p>Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - Использование в лечебной деятельности методов первичной и вторичной профилактики на основе доказательной медицины -выявлять и оценивать выраженность факторов риска развития и прогрессирования неврологических заболеваний, выявлять ранние симптомы заболеваний, выяснить семейный анамнез, соблюдать нормы санитарно-эпидемиологического режима <p>Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> -Проведение диспансеризации -Назначение рациональной терапии в соответствии с поставленным диагнозом - Рекомендации по здоровому питанию, расширению двигательного режима - Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся неврологических заболеваний - Санитарно-просветительская деятельность по устраниению факторов риска неврологических заболеваний и формированию навыков здорового образа жизни - навыками оценки суммарного риска развития и прогрессирования неврологических заболеваний, снижения заболеваемости путем воздействия на факторы риска, методами ранней диагностики заболеваний, методами борьбы с вредными привычками, санитарно- просветительской работы
ПК-5 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление	<p>Знать</p> <p>Основы здоровье сберегающего образа жизни и его составляющих: правильного питания, способы отказа от вредных привычек, методы введения сбалансированных физических нагрузок и тренировок, закаливания, организации режима дня. готовность к формированию у населения, пациентов и</p>

ние своего здоровья и здоровья окружающих		членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
	Уметь	формировать мотивации к здоровье сберегающему образу жизни; определить состояния организма по гигиеническим, клинико-лабораторным показателям; составить программы формирования и освоения здорового образа жизни, этапов и способов контроля выполнения составленного плана.готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
	Владеть	основами санитарно-просветительской работы и профилактики заболеваний; методами лабораторных исследований, направленные на выявление риска развития болезней.готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

4. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы	Всего, час.	Объем по семестрам			
		1	2	3	4
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):	18	18	-	-	-
Лекционное занятие (Л)	6	6	-	-	-
Семинарское занятие (СЗ)	12	12	-	-	-
Практическое занятие (ПЗ)	-	-			
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	18	18	-	-	-
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)	36	30	-	-	-
Общий объем	в часах	36	36	-	-
	в зачетных единицах	1	1	-	-

5. Содержание дисциплины (модуля)

Таблица 3

№ раздела	Наименование разделов, тем дисциплин (модулей)	Код индикатора
1.	Неврология	ПК-1, ПК-5
1.1	Высшие мозговые функции по Лурия и синдромы их расстройств. УКР и деменция	ПК-1, ПК-5
1.2	Синдромы нарушения сознания. Комы. Дифф. диагностика	ПК-1, ПК-5
1.3	Опухоли головного мозга	ПК-1, ПК-5
1.4	Дегенеративные заболевания головного мозга с синдромом	ПК-1, ПК-5

	деменции	
--	----------	--

6. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 4

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов						Форма контроля	Код индикатора
		Всего	Контакт. раб.	Л	СЗ	ПЗ	СР		
Раздел 1	Неврология	8	4	2	2		4	Устный опрос, собеседование. Тестирование Презентация	ПК-1, ПК-5
Тема 1.1	Высшие мозговые функции по Лурия и синдромы их расстройств. УКР и деменция	4	2	2	-		2	Реферат	ПК-1, ПК-5
Тема 1.2	Синдромы нарушения сознания. Комы. Дифф. диагностика	4	2	-	2		2		ПК-1, ПК-5
Раздел 2	Опухоли головного мозга	8	4	2	2	-	6		ПК-1, ПК-5
Тема 2.1	Дегенеративные заболевания головного мозга с синдромом деменции	4	2	2	-		2		ПК-1, ПК-5
	Форма промежуточной аттестации (зачёт)	4	2	-	2		2		
Общий объём		36	18	6	12	-	18	Зачет	

7. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях.

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе «Ординатура и Магистратура (дистанционное обучение) Ростовского государственного медицинского университета» (АС ОМДО

РостГМУ) <https://omdo.rostgmu.ru/>. и к электронной информационно-образовательной среде.

Самостоятельная работа в АС ОМДО РостГМУ представляет собой доступ к электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (лекции, методические рекомендации, тестовые задания, задачи, вопросы для самостоятельного контроля и изучения, интернет-ссылки, нормативные документы и т.д.) по соответствующей дисциплине. Обучающиеся могут выполнить контроль знаний с помощью решения тестов и ситуационных задач, с последующей проверкой преподавателем, или выполнить контроль самостоятельно.

Задания для самостоятельной работы

Таблица 5

№ раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
1	Лимбическая система мозга. Синдромы поражения	1.Какие структуры входят в лимбическую систему мозга? 2.Какие функции выполняет лимбическая система? 3.Какие заболевания связаны с лимбической системой? 3.Какие синдромы характерны для поражения лимбической системы?
2	Синдромы нарушения сознания. Комы. Дифф. диагностика	1.Какие симптомы характерны для синдромов нарушенного сознания? 2.Какие выделяют синдромы нарушенного сознания? 3.Что такое кома?
3	Типы клинической манифестиации опухолей головного мозга (эпилептический, бластоматозный, сосудистый, воспалительный). Дифференциальный диагноз с острыми нарушениями мозгового кровообращения, энцефалитами	1.Что такое бластоматозный (туморозный) тип течения опухоли головного мозга? 2.Как проявляется эпилептоподобное течение опухоли головного мозга? 3.Как выглядит сосудистое (инфарктоподобное) течение опухоли головного мозга? 4.Как проявляется воспалительный характер опухоли головного мозга?
4	Дегенеративные заболевания головного мозга с синдромом деменции. Мультисистемные атрофии головного мозга. Критерии диагностики	1.Что такое мультисистемная атрофия? 2.Какие клинические проявления характерны для мультисистемной атрофии? 3.Какие исследования проводят для диагностики мультисистемной атрофии?

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских/ практических занятиях.

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

Оценочные материалы, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении Оценочные материалы по дисциплине (модуля).

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
Основная литература		
1	Неврология [Электронный ресурс] в 2-х томах. / под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – Доступ из ЭБС Консультант врача». – текст: электронный. 11, ЭР.	
2	Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. образов. врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец.- 8-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 554 с. 7 экз.	
3	Нервные болезни: учебник / В.А. Парфенов – Москва: МИА, 2018. – 494 с. 5 экз.	
Дополнительная литература		
1	Лекарственная терапия неврологических больных: для врачей и аспирантов / А.А. Скоромец - Москва: МИА, 2017. - 273 с. 5 экз.	
2	Неврология. Том 1: Национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 877 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 2, ЭР.	
3	Балязин-Парфенов И.В. Избранные вопросы неврологии, медицинской генетики: учебное пособие для студентов медицинских Вузов / И.В. Балязин-Парфенов, В.А. Балязин, Н.С. Ковалева; Рост. Гос. Мед. Ун-т, каф. Нерв. Болезней и	

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

Перечень ресурсов сети «Интернет»

Таблица 7

	ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен

2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
5	Wiley : офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html	Контент открытого доступа
6	Российское образование. Единое окно доступа : федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
7	Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. - URL: http://srtv.fcior.edu.ru/	Открытый доступ
8	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
9	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	Открытый доступ
10	Cochrane Library : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
11	Кокрейн Россия: российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
12	Вебмединфо.ру : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ
13	Univadis from Medscape : международ. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
14	Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
15	Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru	Бесплатная регистрация
16	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
17	МЕДВЕСТНИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
18	PubMed : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям Национального центра биотехнологической информации (NCBI, США)]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
19	Cyberleninka Open Science Hub : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: https://cyberleninka.org/	Контент открытого доступа
20	Научное наследие России : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ
21	SAGE Openaccess : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage	Контент открытого доступа
22	EBSCO & Open Access : ресурсы открытого доступа. – URL:	Контент открытого доступа

2	https://www.ebsco.com/open-access	того доступа
2 3	Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/	Открытый доступ
2 4	ScienceDirect : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Контент открытого доступа
2 5	Taylor & Francis. Dove Medical Press. Open access journals : журналы открытого доступа. – URL: https://www.tandfonline.com/openaccess/dove	Контент открытого доступа
2 6	Taylor & Francis. Open access books : книги открытого доступа. – URL: https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books	Контент открытого доступа
2 7	Thieme. Open access journals : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: https://open.thieme.com/home	Контент открытого доступа
2 8	Karger Open Access : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index	Контент открытого доступа
2 9	Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
3 0	Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
3 1	Directory of Open Access Journals : [полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии]. - URL: http://www.doaj.org/	Открытый доступ
3 2	Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
3 3	Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ
3 4	International Scientific Publications. – URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
3 5	Эко-Вектор : портал научных журналов / IT-платформа российской ГК «ЭКО-Вектор». - URL: http://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
3 6	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
3 7	Южно-Российский журнал терапевтической практики / РостГМУ. – URL: http://www.therapeutic-j.ru/jour/index	Открытый доступ
3 8	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.menzdrav.gov.ru/	Открытый доступ
3 9	ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: https://www.crc.ru	Открытый доступ
4 0	Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru	Открытый доступ
4 1	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : офиц. сайт. - URL: https://roszdravnadzor.gov.ru/	Открытый доступ
4 2	Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
4 3	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: http://minобрнауки.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
4 4	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. Сетевое издание. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ

4 5	Словари и энциклопедии на Академике. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
4 6	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ

10. Кадровое обеспечение реализации дисциплины (модуля)

Реализация программы дисциплины (модуля) обеспечивается профессорско-преподавательским составом кафедры ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

11. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Образовательный процесс по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются занятия лекционного и семинарского типа, самостоятельная работа обучающегося и прохождение контроля под руководством преподавателя.

Учебный материал по дисциплине (модулю) разделен на 1. раздел:

Раздел 1. Неврология

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану подразумевает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и основной и дополнительной литературы, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации зачету.

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация обучающихся осуществляются в соответствии с Положением университета по устанавливающей форме проведения промежуточной аттестации, ее периодичности и системы оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья определены в Положении об обучении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

12. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Помещения для реализации программы дисциплины (модуля) представляют собой учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и

промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующей рабочей программы дисциплины (модуля).

Минимально необходимый для реализации программы дисциплины (модуля) перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами, позволяющими обучающимся осваивать знания, предусмотренные профессиональной деятельностью, в т.ч. индивидуально.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду РостГМУ.

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Кафедра обеспечена необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения (состав определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению).

Программное обеспечение:

1. Office Standard, лицензия № 66869707 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016).
2. System Center Configuration Manager Client ML, System Center Standard, лицензия № 66085892 (договор №307-А/2015.463532 от 07.12.2015).
3. Windows, лицензия № 66869717 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016)
4. Office Standard, лицензия № 65121548 (договор №96-А/2015.148452 от 08.05.2016);
5. Windows Server - Device CAL, Windows Server – Standard, лицензия № 65553756 (договор № РГМУ1292 от 24.08.2015).
6. Windows, лицензия № 65553761 (договор №РГМУ1292 от 24.08.2015);
7. Windows Server Datacenter - 2 Proc, лицензия № 65952221 (договор №13466/РНД1743/РГМУ1679 от 28.10.2015);
8. Kaspersky Total Security 500-999 Node 1 year Educational Renewal License (договор № 273-А/2023 от 25.07.2023).

9. Предоставление услуг связи (интернета): «Эр-Телеком Холдинг» - договор РГ-МУ262961 от 06.03.2024; «МТС» - договор РГМУ26493 от 11.03.2024.
10. Система унифицированных коммуникаций CommuniGate Pro, лицензия: Dyn-Cluster, 2 Frontends , Dyn-Cluster, 2 backends , CGatePro Unified 3000 users , Kaspersky AntiSpam 3050-users , Contact Center Agent for All , CGPro Contact Center 5 domains . (Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)
11. Система управления базами данных Postgres Pro AC, лицензия: 87A85 3629E CCED6 7BA00 70CDD 282FB 4E8E5 23717(Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)
12. Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z (x86-64) 1шт. (договор №РГМУ14929 от 18.05.2020г.)
13. Экосистема сервисов для бизнес-коммуникаций и совместной работы:
 - «МТС Линк» (Платформа). Дополнительный модуль «Вовлечение и разделение на группы»;
 - «МТС Линк» (Платформа). Конфигурация «Enterprise-150» (договор РГМУ26466 от 05.04.2024г.)
14. Справочная Правовая Система КонсультантПлюс (договор № 24-А/2024 от 11.03.2024г.)
15. Система защиты приложений от несанкционированного доступа Positive Technologies Application Firewall (Договор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)
16. Система мониторинга событий информационной безопасности Positive Technologies MaxPatrol Security Information and Event Management (Договор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)

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

Оценочные материалы

по дисциплине: **Неврология**

Специальность: Психиатрия-наркология

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

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-1 Способен 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 заболевание 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 заболевание нервной системы.
ПК-5 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-5.1 сформировать осознанное представление о рисках и последствиях ухудшения здоровья; ПК-5.2 развить навыки изменения образа жизни и поведения; ПК-5.3 внедрять культуру взаимной поддержки и ответственности за окружающих

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 1	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	25 с эталонами ответов 50 вопросов для собеседования
ПК-5	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи	25 с эталонами ответов 50 вопросов для собеседования

ПК- 1:

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

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

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

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1) премоторная зона

- 2) надкраевая извидилина
- 3) мозжечок
- 4) угловая извилина

Эталон ответа: **1) премоторная зона**

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Апраксия в левой руке возникает при поражении

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

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

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Нарушения схемы тела у правшей возникают при локализации патологического процесса

- 1) в левой верхней теменной дольке
- 2) в правой верхней теменной дольке
- 3) в левой нижней теменной дольке
- 4) в правой нижней теменной дольке
- 5) в области интерпариетальной борозды справа**

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

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Приступы жевательных, чмокающих, глотательных движений возникают при поражении

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

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

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ощущение лишних конечностей, агнозия позы, пальцевая агнозия - характерные признаки поражения

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

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

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При генерализованном судорожном эпиприпадке с предшествующей обонятельной аурой, процесс локализуется

- 1) гиппокамп**
- 2) островок
- 3) надкраевая извилина

4) лобная доля

Эталон ответа:

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При генерализованных судорожных эпиприпадках и аносмии с одной стороны процесс локализуется

1) гиппокамп

2) основание передней черепной ямки

3) основание средней черепной ямки

4) лобная доля

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

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении

1)наружных отделов зрительного перекреста

2)язычной извилины

3)глубинных отделов теменной доли

4)первичных зрительных центров в таламусе

Эталон ответа:**2)язычной извилины**

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больной со зрительной агнозией

1)плохо видит окружающие предметы, но узнает их

2)видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной

3)не видит предметы по периферии полей зрения

4)видит предметы, но не узнает их

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

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больной с моторной афазией

1)понимает обращенную речь, но не может говорить

2)не понимает обращенную речь и не может говорить

3)может говорить, но не понимает обращенную речь

4)может говорить, но речь скандированная

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

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больной с сенсорной афазией

1)не может говорить и не понимает обращенную речь

2)понимает обращенную речь, но не может говорить

3)может говорить, но забывает названия предметов

4)не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

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

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Амнестическая афазия наблюдается при поражении

а)лобной доли

б)теменной доли

в)стыка лобной и теменной доли

г)стыка височной и теменной доли

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

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Афазия

2. Алалия

3. Дизартрия

4. Заикание

Эталон ответа: 3 дизартрия

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Алалия

2. Афазия

3. Дизартрия

4. Мутизм

Эталон ответа: 2. Афазия

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Афазия

2. Алалия

3. Дизартрия

4. Дислалия

5. Верно 2,4

Эталон ответа: 5. Верно 2,4

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении гамма-спинтиграфии характерен

1) Для менингиом

2) Для крациофарингиом

3) Для аденом гипофиза

4) Для неврином

5) Для астроцитом

Эталон ответа: 1) Для менингиом

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют

1) Большие судорожные припадки

2) Абсансы

3) Зрительные галлюцинации

4) Верхнеквадрантная гемианопсия

Эталон ответа: 4) Верхнеквадрантная гемианопсия

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гемианопсия при внутримозговой опухоли височной доли наступает в результате поражения

1) Перекреста зрительных нервов

2) Зрительного тракта

3) Первичных зрительных центров

4) Путей в лучистом венце

5) Верно &2), &4

Эталон ответа: 5) Верно &2), &4

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна

1) Моторная, сенсорная афазия

2) Сенсорная, амнестическая афазия

3) Моторная, семантическая афазия

4) Сенсорная афазия, аутотопоагнозия

5) Моторная афазия, аутотопоагнозия

Эталон ответа: 2) Сенсорная, амнестическая афазия

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются

1) Двусторонний пирамидный парез в ногах

2) Нарушения координации

3) Астазия-абазия

4) Нарушения поведения

5) Бitemporальные дефекты поля зрения

Эталон ответа: 4) Нарушения поведения

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает

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

Эталон ответа: 3) Семантическая афазия

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденомы гипофиза следующего гистологического типа

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

Эталон ответа: 3) Хромофобных

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны

- 1) Гомонимная гемианопсия
- 2) Биназальная гемианопсия
- 3) Бitemporальная гемианопсия**
- 4) Все перечисленное

Эталон ответа: 3) Бitemporальная гемианопсия

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают

- 1) В аденоме гипофиза
- 2) В крациофарингиом**
- 3) В арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла
- 4) В глиоме зрительного нерва

Эталон ответа: 2) В крациофарингиом

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

Вопросы для собеседования

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

2. Локализация корковых центров в полушариях мозга
Эталон ответа: *Центры общих видов чувствительности* (корковый конец анализатора общей чувствительности – температурной, болевой, осязательной и проприоцептивной) – постцентральная извилина, верхняя теменная долька.

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

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

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

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

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

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

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

3. Дискретный принцип деятельности левого полушария.

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

4. Что такое гноэзис

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

5. Какие расстройства гноэзиса вы знаете Агнозия — комплексное понятие, включающее все нарушения гностической функции. Расстройства **гноэзиса** зачастую сопровождают дегенеративные процессы ЦНС, наблюдаются при многих органических поражениях мозга, возникающих вследствие травм, инсультов, инфекционных и опухолевых заболеваний.

6. Что такое слуховая агнозия и ее проявления

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

7. Что такое зрительная агнозия

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

8. Что такое анозогнозия

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

9. Что такое праксис

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

10. Какие расстройства праксиса вы знаете

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

11. Что такое идеаторная апраксия

- Эталон ответа: . *идеаторная апраксия* - обусловлена утратой плана или замысла сложных действий (например, по просьбе показать, как закуривают папиросу, больной чиркает этой папиросой по коробку, потом достает спичку и протягивает ее ко рту). Больные не могут выполнять словесных заданий, особенно символических жестов (грозить пальцем, отдавать воинское приветствие и др.), но способны повторять, подражать действиям исследующего. Возникает при поражении надкрайевой извилины теменной доли доминантного полушария (у правшей - левого) и всегда двусторонняя;

12. Что такое конструктивная апраксия

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

13. Что такое моторная апраксия

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

14. Что такое амнезия

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

15. Что такое оральная апраксия

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

16. Что такое лобная апраксия

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

17. Какие виды амнезии вы знаете

Эталон ответа: а) ретроградная – амнезия распространяется на события, предшествовавшие болезни, которые в свое время были хорошо усвоены
б) антероградная – амнезия распространяется на события, относящиеся к периоду болезни, ставшей причиной нарушения памяти.
в) антероретроградная
г) фиксационная амнезия - нарушение памяти преимущественно на текущие события, неспособность обучаться

18. Охарактеризуйте фиксационную амнезию

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

19. Охарактеризуйте антероградную, ретроградную амнезию

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

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

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

Антероретроградная – представляет собой комбинацию первых двух форм.

20. Что такое корсаковский амнестический синдром

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

Клинические характеристики Корсаковского синдрома:

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

21. Опишите транзиторную глобальную амнезию и ее причины

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

22. Что такое прогрессирующая амнезия

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

23. Определите понятие псевдореминисценции

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

24. Дайте определение понятию мышление

Эталон ответа: Мысление – это процесс обобщенного и опосредованного отражения, установление существующих связей и отношений между предметами и явлениями действительности. Это познавательный процесс высокого уровня, который приводит к познанию законов природы и общественной жизни.

25. Какие виды мышления вы знаете

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

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

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

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

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

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

26. Что такое врожденное слабоумие.

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

27. Чем характеризуется задержка умственного развития

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

28. Что такое деменция

Эталон ответа: Деменция - это нейропсихиатрический синдром, в основе которого лежит приобретенное, длительное (более 6 мес.), прогрессирующее нарушение когнитивных функций головного мозга - мышления, внимания, памяти, речи, восприятия окружающей

действительности, целенаправленной двигательной активности, ориентации в пространстве, узнавания времени и места.

29. Какие степени слабоумия вы знаете и охарактеризуйте их

Эталон ответа: Степени: идиотия, имбецильность, дебильность.

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

Имбецильность — **слабоумие (олигофрения) умеренной степени выраженности**. Внешне заметное отклонение в психическом развитии обусловлено патологическими процессами во внутриутробном или постнатальном периоде развития ребенка

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

30. Что такое подкорковая деменция

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

31. Опишите клинические проявления корковой деменции

Эталон ответа: брадифрения, нарушение внимание при относительно сохранный речи, праксиса и гносиа; нарушение памяти при воспроизведении, ранние изменения поведения, аспонтанность, снижение мотивации, нарушение двигательных функций (ходьбы, поступательная неустойчивость, псевдобульбарные расстройства); нарушение вегетативных функций(нейрогенный мочевой пузырь)

32. Классификация уровней сознания

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

33. Что такое коматозные состояния .

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

34. Кетоацидотические комы причины, особенности развития.

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

35. Гипогликемические комы причины, особенности развития

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

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

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

Транстенториальное вклиниение- при прогрессии этой дислокации развивается сдавление 3 пар черепных нервов, расширение зрачка, нарушение установки взора в сторону поражения, в дальнейшем возможно сдавление задней мозговой артерии и ишемией первичной зрительной коры, в дальнейшем сдавление контрлатеральной ножки мозга

Вклиниение в большое затылочное отверстие- мозжечковое **вклиниение**, сопровождающееся смещением миндалин мозжечка в **большое затылочное отверстие** и сдавлением продолговатого мозга. За счет сдавления артерий и вен возникают кровоизлияния и очаги ишемии в стволе головного мозга. Характерны: резкая головная боль, ригидность **затылочных мышц**, вынужденное положение головы, нарушения глотания, нарушение дыхания, брадикардия, расстройства сознания.

37. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Критерии диагностики.

Эталон ответа: Характерные клинические проявления: - увеличение размеров головы, преимущественно лобно-затылочной области, с преобладанием мозгового черепа над лицевым; - расхождение швов, увеличение размеров, выбухание и напряжение родничков; - зонирующий звук при перкуссии черепа, звук «треснувшего горшка»; - усиление рисунка кожных вен головы; - пронзительный «мозговой крик»; - «глазная» симптоматика в форме положительного симптома Грефе (появление полоски склеры над радужкой), «заходящего солнца» (при опускании глазных яблок книзу появляется полоска склеры над радужкой), экзофтальм, нистагм, косоглазие; - эмоционально-двигательное беспокойство, вздрагивание, трепет, мышечная дистония, повышение сухожильных рефлексов; - вегетативная дисфункция, нарушение терморегуляции; - срыгивания «фонтаном», рвота; - появление

отека или «застойных дисков зрительных нервов» при исследовании глазного дна, в ряде случаев с явлением вторичной атрофии и снижением зрения; - увеличение размеров желудочков мозга (вентрикуломегалия) или расширение субарахноидальных пространств (наружная гидроцефалия) при исследовании методом нейросонографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии мозга; - повышение ликворного давления при исследовании методом люмбальной пункции; - увеличение размеров III желудочка (более 5 мм), боковых желудочков, дополнительные сигналы и увеличение амплитуды пульсаций при исследовании методом ЭХО-энцефалографии.

38. Болезнь Альцгеймера, ведущие когнитивные расстройства.

Эталон ответа: утрата кратковременной памяти, нарушение способности мышления(аналитической, топологическо), утрата самообслуживания, проявления раздражительности, нетерпимости, бред приследования; нарушения речи, двигательные нарушения.

39. Болезнь Пика, ведущие клинические симптомы и синдромы

Эталон ответа В начальной стадии преобладают изменения личности с утратой выработанных моральных принципов(эгоистичность, асоциальное поведение, растворимость инстинктов и потеря контроля над своими поступками, их реализация независимо от окружения и обстановки; снижение критики, булимия или абулия, гиперсексуальности и др. расстройств. Изменения речи сводятся к многократным повторам слов, фраз, шуток, историй или секретов (симптом «граммофонной пластинки»). Отмечается эйфория или апатия. Во второй стадии появляются и нарастают когнитивные нарушения. Возникает сенсомоторная афазия, алексия, аграфия и акалькулия, амнезия , агнозия и нарушения праксиса. Вначале расстройство когнитивных функций может носить эпизодический характер, затем оно становится постоянным и прогрессирует вплоть до полного интеллектуального разрушения личности. У ряда пациентов своеобразным проявлением становится кожная гиперальгезия (повышенная чувствительность). Третья стадия болезни Пика — глубокая деменция. Пациенты обездвижены вследствие крайней апраксии, дезориентированы, не способны к элементарным действиям по самообслуживанию, нуждаются в постоянной опеке

40. Деменция с тельцами Леви критерии диагностики

Эталон ответа: 1 чаще встречается у мужчин

2.прогрессирующее интеллектуальное снижение,;3.раннее выявление паркинсонизма,4.яркие зрительные галлюцинации, нарушение обоняния, недержание мочи, характерна флюктуация расстройств.

41. Корико-базальная дегенерация, ведущие клинические симптомы и синдромы

Эталон ответа: 1) чувствительные нарушения(чувство онемения, нарушение стериагноза и дискриминационного чувства, синдром чужой конечности);2)экстрапирамидные расстройства(акинетико-риgidный синдром, мышечные дистонии, постуральный трепор, миоклонии, возможны парез взора, мозжечновая атаксия, лобные симптомы: паратонии, сосательные и хватательный рефлекс);.

3) дизартрия, динамическая афазия, апраксия,дебют с нарушение походкив нижних конечностях.

4) когнитивные нарушения

42. Прогрессирующий надъядерный паралич, ведущие клинические симптомы и синдромы

Эталон ответа: 1)офтальмоплегия(паралич взора по вертикальной плоскости)

2) интеллектуальное снижение, расстройства абстрактного мышления и памяти, зрительно-пространственная апраксия, элементы агнозии.

3) псевдобульбарный синдром: диартия дисфагия, насильтственный плач

4) сниженной работоспособностью, цефалгиями, головокружением, пониженным настроением, сужением круга интересов нарушениями сна, включающими бессонницу ночью и гиперсомнию днём

- 5) акинетико –риgidный синдром. Мышечная rigidity выражена преимущественно в аксиальной мускулатуре — мышцах, идущих вдоль шейного отдела позвоночника, соединяющих его с черепом
43. Болезнь Паркинсона, клинические формы
Эталон ответа: дрожательная, rigidity, акинетическая, дрожательно-rigidная и акинетико rigidity
44. Прогрессирующий надъядерный паралич определение
Эталон ответа: **Прогрессирующий надъядерный паралич** — это дегенеративное церебральное заболевание с преимущественным поражением среднего мозга, ядерно-корковых путей, подкорковых образований. Составляющими клинической картины выступают акинетико-rigidная форма паркинсонизма, атаксия, офтальмоплегия, когнитивное снижение, псевдобульбарный синдром.
45. Мультисистемная атрофия, ведущие клинические симптомы и синдромы
Эталон ответа: **Мультисистемная атрофия** — прогрессирующая дегенеративная патология головного мозга с преимущественным поражением глиальных клеток базальных ганглиев, мозжечка, вегетативных центров. Клинически проявляется сочетанием паркинсонизма с мозжечковой, вегетативной и пирамидной недостаточностью.
46. Кортикоизмененная дегенерация определение
Эталон ответа: Кортикоизмененная **дегенерация** — это отдельная клиническая форма избирательного дегенеративного процесса с преимущественным поражением лобно-теменной коры и подкорковых ганглиев. Клинические проявления патологии полиморфны, включают паркинсонизм, расстройство проксиса, трепор, миоклонии, фокальные дистонии, речевые нарушения.
47. Перечислите основные причины развития синдрома паркинсонизма
Эталон ответа 1): идиопатическая(болезнь паркинсона)
2) интоксикационная(отравление СО, марганцем.эфедрон и тд
3)энцефалитическая(хроническая стадия энцефалита
4)травматическая(болезнь боксеров)
5)сосудистая(инфаркты, энцефалопатии, васкулиты)
6)лекарственная(неролептики, циннаризин, циркул и .т.д
7)наследственно-дегенеративные заболевания(паркинсонизм плюс)
8)опухоли головного мозга)
48. Хорея Гентингтона, дать определение
Эталон ответа: **Хорея Гентингтона** — это наследственное, медленно прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся хореическими гиперкинезами, психическими нарушениями и прогрессирующей деменцией. Заболевание диагностируется с помощью молекулярно-генетического анализа и томографии головного мозга. Этиотропного лечения не разработано. Пациентам проводится симптоматическая терапия, направленная на подавление гиперкинезов.
49. Синдром хореи-акантоцитоз что это
Эталон ответа: Хорея-акантоцитоз-это редкое аутосомно-доминантные, аутосомно-рецессивное, X-сцепленные рецессивные и спородические наследственное прогрессирующее неврологическое заболевание, проявляющееся гиперкинезами (хорея и дистония), психическими расстройствами и наличие макантоцитов (эритроцитов с шилообразными выпячиваниями). Иногда в клинической картине присутствуют паркинсонизм, эпилептические приступы, нерезкие нейропатические и миопатические расстройства, а также кардиомиопатия.
50. Что такое синдром Леша-Нихена

Эталон ответа: **Синдром Леша-Нихана** — это наследственное заболевание, которое возникает при нарушении обмена пуринов, избыточном накоплении мочевой кислоты в организме. Развивается вследствие генетической мутации, вызывающей дефицит фермента ГФРТ. Проявляется приступами подагры, тяжелым неврологическим дефицитом, самоповреждающим поведением. Диагностика болезни проводится путем биохимических анализов, генетического исследования, методов нейровизуализации.

Ситуационная задача:

Задание 1.

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

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

Задание 2

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

Эталон ответа: Апраксия. Надкраевая извилина

Задание 3

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

Эталон ответа:**Левая теменная доля**

Задание 4

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

Эталон ответа: Лобная доля . Лобная психика

Задание 5

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

Эталон ответа : Нижняя треть передней центральной извилины справа

Задание 6

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

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

Задание 7.

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

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

Задание 8

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

Эталон ответа: угнетение сознания глубокое оглушение

Задание 9

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

Эталон ответа: помрачение сознания: делирий

Задание 10

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

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

Задание 11

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

Эталон ответа: Синдром внутричерепной гипертензии

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

Эталон ответа: менингиальный синдром

Задание 13. У пациента с признаками менинеального синдрома выполнена люмбальная пункция. При люмбальной пункции выявлено повышение ликворного давления (до 250 мм.водного столба), ликвор бесцветный, опалесцирующий; белок 1,0 г/л, глюкоза 1,8 ммоль/л, лимфоцитарный плеоцитоз: 100 клеток в 1 мкл. Определить клинический синдром.

Эталон ответа: ликворный воспалительный серозный синдром

Задание 14

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

Описать клинические синдромы (тип нейропсихологических нарушений).

Эталон ответа: 1. Тип когнитивных нарушений корковый (операциональный).
2. Клинический диагноз: болезнь Альцгеймера
3. Рекомендуется использование центральных антихолинэстеразных препаратов (ривастигмин, галантамин, ипидакрин).

Задание 15

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

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

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

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

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

Эталон ответа:

1. У пациента выраженные когнитивные расстройства нейродинамического

(субкортикального) и лобного типа; амиостатический синдром (синдром паркинсонизма), резидуальный центральный правосторонний гемипарез.

2. Сосудистая деменция (гипертензивная энцефалопатия).

3. Рекомендована систематическая антигипертензивная (например лозартан внутрь) и антиагрегантная терапия. Возможно назначение акатинола мемантинина с увеличением дозы до 20 мг в сутки.

Задание 16

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

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

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

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

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

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

2. Деменция с тельцами Леви.

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

Задание 17

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

другой. МРТ головного мозга: умеренная наружная и внутренняя гидроцефалия. Описать клинические синдромы, установить клинический диагноз, тактику ведения больного.

Эталон ответа: 1. Паркинсонизм; умеренные когнитивные нарушения нейродинамического типа (подкоркового типа).

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

3. Улучшение когнитивного статуса возможно при назначении

дофаминергических препаратов

Задание 18

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

МРТ головного мозга: выраженная внутренняя гидроцефалия.

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

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

Эталон ответа:

1. Лобно-подкорковая деменция; лобная дисбазия; нейрогенный (корковый незаторможенный) мочевой пузырь.

2. Арезорбтивная нормотензивная гидроцефалия.

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

Задание 19

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

Установить ведущий клинический синдром. 2. Установить клинический диагноз. 3. Определить лечебную тактику.

Эталон ответа:

1. Депрессивное расстройство (псевдодеменция).

2. Депрессия.

3. Назначение антидепрессантов; желательно исключение приёма трициклических антидепрессантов

Задание 20

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

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

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

Клинический диагноз: Поздний нейросифилис, спинная сухотка.

Задание 21

. Пациент Ф., 21 год. Через три недели после перенесенного гнойного отита повысилась температура тела до 39°C, появилась сильная головная боль, повторная рвота, спутанность сознания.

При осмотре: больной оглушен, дезориентирован в месте и времени, ориентация в собственной личности частично нарушена, на вопросы отвечает односторонне; горизонтальный нистагм, слажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правой руке и ноге до 3 баллов, сухожильные

рефлексы D>S, патологические кистевые и стопные знаки справа и выраженные менингальные симптомы: ригидность затылочных мышц 3 поперечных пальца, симптом Кернига. Ликвор: вытекает под давлением 320 мм вод.ст., мутный, плеоцитоз –2000 в 1 мкл (нейтрофилы), белок – г/л, сахар –0,15 ммоль/л. При бактериоскопии ликвора обнаружены грамположительные диплококки. Описать клинические синдромы. Установить топический и клинический диагнозы.

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

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли, поражение мозговых оболочек. Клинический диагноз: Отогенный гнойный менингоэнцефалит.

Задание 22

Пациентка М. 40 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной головной боли, длившейся около часа. В последующем приступы повторялись 1-2 раза в месяц. Спустя полгода продолжительность приступов головной боли увеличилась и нарастала ее интенсивность. Затем она стала постоянной, периодически усиливаясь после сна, при физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе, натуживании. Боль ощущается в глубине головы и носит распирающий характер. Иногда сопровождается рвотой, чаще утром, после сна, без предшествующей тошноты и неприятных ощущений в области живота. Несколько дней назад больной проснулся от сильной головной боли, почти ничего не видя. Спустя полчаса острота зрения

постепенно восстановилась. Объективно: АД — 145/87 мм.рт. ст. Пульс 53 удара в минуту, ритм правильный. Острота зрения на оба глаза 0,7, не корректируется линзами. Определяется левосторонняя гемианопсия с сохранным центральным полем зрения. Отечные диски соски зрительных нервов без атрофии. Зрачки хорошо реагируют на свет при освещении щелевой лампой поочередно обеих половин сетчатки. Двигательные, координаторные и чувствительные расстройства отсутствуют. Возник генерализованный судорожный припадок, которому предшествовали зрительные нарушения- яркое пятно в поле зрения. Анализ крови без патологии. Спинномозговая жидкость прозрачная бесцветная, белок — 1,2 г/л, цитоз — 6 в мкл. Температура 36,7°. Остеопороз спинки турецкого седла. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Эталон ответа:

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

Опухоль правой затылочной доли.

Задание 23

И., 38 лет, поскользнувшись, упал, ударился головой, на несколько минут потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту. Был немедленно госпитализирован. Объективно: АД —155/88 мм рт. ст. Пульс 54 удара в минуту, ритм правильный.

Определяется легкая ригидность мышц затылка. Глазное дно: начальные явления застоя сосков зрительных нервов. Опущен левый угол рта. Язык отклоняется влево. Сила левой руки несколько снижена. Сухожильные и надкостничный рефлексы слева выше, чем справа. Брюшные рефлексы слева снижены. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре у больного развился приступ тонической судороги левой кисти. Приступ продолжался три минуты, протекал без расстройства сознания. В

ликворе единичные эритроциты, белок — 0,6 г/л, цитоз — 5 в мкл. На краинограмме патологии не обнаружено. Установить топический диагноз.

Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз.

Провести дифференциальный диагноз.

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

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

Клинический диагноз: ушиб головного мозга средней степени тяжести.

Задание 24

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

Эталон ответ: Сосудистая деменция.

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

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

Задание 25

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

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

ПК-5

Задания закрытого типа: **ВСЕГО 25 заданий**

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием:

- нижней спастической параплегии
- бульбарных расстройств
- **экстрапирамидных нарушений**
- 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:

- головного мозга
- спинного мозга

- корешков и периферических нервов
- верно 1) и 2)
- **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 кривошеея
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:

3. левой височной доли
4. левой лобной доли
5. левой теменной доли
6. **ствола головного мозга**
7. спинного мозга

Эталон ответа: 4) ствола головного мозга

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для миопатии?

- псевдогипертрофии;
- крыловидные лопатки;
- осиная талия;
- атрофия мышц плечевого и тазового пояса;
- стопа Фридreichа;
- снижение и исчезновение коленных рефлексов;
- качественные изменения электровозбудимости;
- фибриллярные подергивания.
- **верно 1,2,3,4,6**
- 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 Фридreichа;
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:

- 15. торсионные гиперкинезы мышц туловища, конечностей, головы мышечная дистония**
16. гиперрефлексия коленных, ахилловых рефлексов, патологические рефлексы
 17. нистагм
 18. мозжечковые расстройства

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

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Основными симптомами паркинсонизма не является:

15. ригидность
 16. трепет покоя
- 17. постурально-кинетический трепет**
18. постуральные нарушения
 19. 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:

51. периферических нервов
52. передних рогов спинного мозга
53. передних корешков спинного мозга
54. задних рогов спинного мозга

55. 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:

- мозжечковая атаксия
- бульбарный синдром
- периферический полиневритический синдром
- офтальмоплегия
- 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:

- бульбарных расстройств
- **тазовых расстройств**
- расстройств глубокой чувствительности
- нарушения аккомодации
- сенсорной атаксии

Эталон ответа: 2) тазовых расстройств

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ:

Для алкогольной полинейропатии не характерно:

- преимущественное поражение нижних конечностей
- **преимущественное поражение волокон поверхностной чувствительности**
- синдром псевдотабеса
- выраженные трофические расстройства
- мнестические 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. мнестические 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) ремитирующее (волнообразное)**

Эталон ответа: 4) ремитирующее (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: **ВСЕГО 75 задач**

Задание 1

К неврологу обратились родители мальчика 6 лет. Отмечают у ребенка «переваливающуюся» «утиную» походку, затруднение при вставании из положения сидя без помощи рук, некоторую задержку умственного развития.

При осмотре выраженная слабость мышц тазового пояса и проксимальных отделов ног, выраженный гиперлордоз, гипотрофия и гипотония мышц бедер, снижение коленных рефлексов. При измерении сантиметровой лентой икроножных мышц отмечается выраженное увеличение их в диаметре.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Какое заболевание можно подозревать у больного?
3. Что поражено?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Синдром слабости и гипотрофии проксимальных групп мышц нижних конечностей и псевдогипертрофии икроножных мышц.
2. Миопатию Дюшена.
3. Поражены мышцы нижних конечностей и тазового пояса.
4. ЭНМГ-исследование ослабленных мышц, биопсия и гистологическое их исследование, КФК крови, цитогенетическое исследование, составление родословной.

Задание 2

На прием обратился мужчина 35 лет с жалобами на слабость в кистях и стопах, невозможностью стоять на пятках. Считает себя больным около 15 лет, течение заболевания медленно-прогрессирующее.

В неврологическом статусе: периферический парез и гипестезия кистей и стоп с атрофией и гипотонией мышц, снижением рефлексов. Также больной отметил, что у его 13-летней дочери очень слабые кисти.

1. Выделите клинические синдромы.
2. Поставьте топический диагноз.
3. Какое заболевание можно подозревать у больного?
4. Необходимые для уточнения диагноза исследования?

Эталон ответа:

1. Периферический парез кистей и стоп; Полиневритический тип расстройства чувствительности.
2. Поражены периферические нервы верхних и нижних конечностей.
3. Подозрение на семейный вариант невральной амиотрофии Шарко-Мари.
4. Необходимо ЭНМГ и гистологическое исследование пораженных мышц, составление родословной.

Задание 3

Женщина 36 лет обратилась с жалобами на быструю утомляемость и слабость жевательной мускулатуры и мышц век, нарастающая при физической нагрузке и во второй половине дня. Первые симптомы возникли на приеме у стоматолога, когда ощущала затруднение при долгом сидении открытым ртом из-за слабости жевательных мышц.

В неврологическом статусе: двухсторонний полуптоз и слабость жевательной и мимической мускулатуры. Явных признаков поражения ЦНС не выявлено. После выполнения нагрузочных проб (присесть и подняться 20 раз) выявились слабость жевательной му-

скултуры и усугубился птоз. Прозериновая проба быстро привела к полному восстановлению утраченных функций.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Признаки какого заболевания имеются у больного?
4. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Синдром мышечной слабости и патологической мышечной утомляемости.
2. Поражение мышечных ацетилхолиновых рецепторов.
3. Подозрение на миастению.
4. Для уточнения диагноза необходимо ЭНМГ, КТ средостения для исключения опухоли вилочковой железы, определение антител к АХ-рецепторам.

Задание 4

На прием привели ребенка 12-ти лет с жалобами на слабость рук и утомляемость ног. До 7 лет рос и развивался соответственно возрасту и полу. Затем возникла и стала постепенно нарастать слабость в руках. В настоящее время с трудом удерживает в руке рюкзак.

Родители заметили, что у него стало худеть лицо и плечевой пояс, что во время сна веки не полностью закрыты.

В неврологическом статусе: амимия, не может наморщить лоб, при закрывании глаз – лагофталм с обеих сторон. Губы утолщены, не может вытянуть их в трубочку или надуть щеки. Отмечается «поперечная» улыбка. Выраженная атрофия мышц плечевого пояса, проксимальный верхний парапарез. Снижение сухожильных рефлексов с рук. Коленные и ахилловы рефлексы – живые. Слабость длинных мышц спины, усиление поясничного лордоза. Чувствительность не нарушена.

Активность альдолазы сыворотки крови 15 ед/мл (норма до 7 ед.).

При ЭМГ-исследовании пораженных мышц выявлено снижение их электрической активности.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Локализация патологического процесса?
3. Клинический диагноз?
4. Назначить дополнительные методы обследования.

Эталон ответа:

1. Синдром слабости мышц лица и верхнего плечевого пояса.
2. Патологический процесс локализуется в мышцах лица и верхнего плечевого пояса.
3. Прогрессирующая мышечная дистрофия, плече-лопаточно-лицевая форма Ландузи-Дежерина.
4. ЭМГ, КФК крови.

Задание 5

На прием к неврологу привели девочку 10 лет с жалобами на слабость в ногах и руках, чувство «ползания мурашек» в стопах.

Считает себя больной в течение 2х лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость ног, запинания при ходьбе, затруднение при беге. Постепенно слабость в ногах нарастала. Год назад родители заметили похудание голеней. В последнее время девочка жалуется на слабость и в руках и чувство «ползания мурашек» в стопах. Известно, что отец с детства болеет подобным заболеванием.

В неврологическом статусе: атрофии мышц голеней и кистей. Слабость мышц в дистальных отделах верхних и нижних конечностей, особенно мышц разгибателей стопы с обеих сторон; стопы свисают. Походка – степпаж. Ахилловы рефлексы отсутствуют. Поверхностная гипестезия по типу «перчаток» и «носков». Снижена вибрационная чувствительность на внутренних и наружных лодыжках.

На ЭМГ с мышц голеней регистрируется снижение скорости проведения возбуждения по малоберцовым нервам.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Локализация патологического процесса
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить необходимые методы обследования.

Эталон ответа:

1. Периферический парез кистей и стоп с гипестезией по полиневритическому типу.
2. Поражены периферические нервы верхних и нижних конечностей.
3. Подозрение на семейный вариант невральной амиотрофии Шарко-Мари.
4. Изменения на ЭМГ свидетельствуют о поражении малоберцовых нервов.

Задание 6

Мальчик 14 лет обратился на прием с жалобами на затруднение при выполнении произвольных движений. Отмечает, что сложно начать движение, а после его выполнения не может сразу расслабить сократившиеся мышцы; не может его быстро отпустить взятый в руку предмет. Симптомы усугубляются при положительных и отрицательных эмоциях. Больным себя считает около двух лет. Отец ребенка с юношеских лет отмечает схожие жалобы.

Во время осмотра обращает на себя внимание сильное развитие мускулатуры и атлетическое сложение мальчика. Во время смеха лицо больного застывает, возникает «гримаса смеха». С трудом начинает разговор, а потом говорит свободно. Не может сразу отпустить пожатую руку. При инициации движения сперва делает попеременные движения ногами. При исследовании сухожильных рефлексов отмечается быстрое сокращение мышц и замедленное их расслабление. Сила мышц рук и ног несколько снижена и не соответствует их развитию. При ударе неврологическим молотком по мышце возникает «мышечный валик», исчезающий через 10-20 сек. Атрофии и фибрилляции отсутствуют. Нарушений чувствительности нет.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Локализация патологического процесса
3. Признаки какого заболевания имеются у больного?
4. Назначить дополнительные методы обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

1. Миотонический синдром – интенсивного сокращения мышц после движения.
2. Поражены пресинаптические и постсинаптические мембранны мышц.
3. Врожденная миотония Томсена.
4. КФК крови, ЭМГ.

Задание 7

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

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

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

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

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

Эталон ответа

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

Задание 8

На приеме женщина 78 лет с жалобами на скованность в конечностях, преимущественно в левых, которая приводит к затруднению самообслуживания. Также больная отмечает дрожание левых конечностей, как правило, в покое, замедленность движений, нарушение ходьбы со снижением длины и высоты шага, неустойчивость при ходьбе (тянет вперед), частые падения.

Считает себя больной в течение 8 лет, когда впервые стала замечать скованность в левых конечностях, снижение длины шага. Отмечает медленное прогressирование симптоматики с вовлечением в процесс и правых конечностей около полугода назад.

Неврологический статус: зрачки D=S, слабость конвергенции. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Язык по средней линии. Глотание и фонация в норме, глоточные рефлексы высокие. Вызываются рефлексы орального автоматизма. Гипомимия. Гипокинезия. Сухожильные рефлексы живые D=S. Патологических рефлексов нет. Мышечный тонус повышен по типу «зубчатого колеса», больше справа. На момент осмотра трепора нет. Пальценоносовую и коленопяточную пробы выполняет удовлетворительно. Выражена постуральная неустойчивость (про- и ретропульсия). Походка мелкими шаркающими шагами, корпус наклонен вперед.

МРТ ГМ – без патологии.

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

Эталон ответа:

1. Акинетико-риgidный синдром, синдром паркинсонизма.
2. Экстрапирамидная система, черная субстанция, нигростриарные нейроны.
3. Болезнь Паркинсона, акинетико-риgidная форма, умеренно прогредиентное течение.

Задание 9

Женщина 58 лет обратилась с жалобами на дрожание левой руки в покое, уменьшающееся при движении и усиливающееся при стрессе; некоторая неловкость в левых конечностях, периодические головные боли, головокружение несистемного характера, шаткость при ходьбе.

Заболела около 1 года назад, когда отметила дрожание левой руки, которое постепенно усиливалось.

Неврологический статус: зрачки D=S, слабость конвергенции. Сглаженность носогубной складки слева. Язык по средней линии. Глотание и фонация сохранены, глоточные рефлексы снижены. Легкая гипомимия. Вызываются рефлексы орального автоматизма

(Маринеску-Радовичи, Бехтерева). Сухожильные рефлексы живые, D=S. Мышечный тонус повышен по пластическому типу в левой ноге. Мышечная сила достаточная. ПНП, КПП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга выраженная шаткость. Ходьба в целом удовлетворительная, но снижена скорость, незначительные элементы атаксии. Легкая гипокинезия. Выражен низкочастотный, крупноамплитудный трепет покоя левой руки.

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

Эталон ответа:

1. Синдром дрожательного гиперкинеза в виде трепета покоя левой руки.
2. Экстрапирамидная система: черная субстанция, нигростриарные нейроны.
3. Болезнь Паркинсона, дрожательная форма, умеренно прогредиентное течение.

Задание 10

На приеме женщина 48 лет с жалобами на насильственные зажмурования глаз, сопровождающиеся напряжением мимических и жевательных мышц (прикусывает язык), уменьшающиеся во сне, и лежа, а так же при закладывании руки под голову.

Заболела около 5 лет назад на фоне 3 операций под общей анестезией (миома, грыжи), когда отметила учащенное моргание, несколько позднее присоединилось напряжение жевательной мускулатуры.

В неврологическом статусе: частые пароксизмальные, следующие группами сокращения мышц лица с зажмурованием глаз, сжатием челюстей, которые отсутствуют в положении лежа. Есть корригирующие позы – при закладывании руки за голову сокращения становятся менее интенсивными. Асимметрия носогубных складок. Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Глотание, фонация в норме. Положительные симптомы орального автоматизма. Сухожильные рефлексы высокие, D=S, патологических рефлексов нет. Мышечная сила и тонус сохранены. ПНП и КПП без грубых дефектов. В позе Ромберга выраженная шаткость. Походка без особенностей.

- МРТ головного мозга без патологии.
1. Выделить клинические синдромы.
 2. Локализация поражения
 3. Поставить предварительный клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдром мышечной дистонии в виде блефароспазма и оромандибулярной дистонии.
2. Поражена экстрапирамидная система.
3. Идиопатическая краиальная дистония, умеренно прогредиентное течение, средней степени тяжести.

Задание 11

Женщина 27 лет – жалобы на трепет головы, по типу «нет-нет», периодический трепет рук, боль в шейном отделе позвоночника. Трепет беспокоит в течение всего дня, в положении лежа значительно уменьшается. Анамнез не отягощен.

В неврологическом статусе: крупноамплитудный низкочастотный трепет головы, напряжение мышц шеи. Патологическая установка шеи – запрокидывание назад.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Локализация поражения
3. Поставить предварительный клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдром цервикальной мышечной дистонии по типу ретроколлиса и дистонического трепета.
2. Поражена экстрапирамидная система.
3. Идиопатическая цервикальная дистония по типу ретроколлиса с дистоническим трепетом.

Задание 12

Женщина 25 лет – жалобы на скованность и общую замедленность движений, более выраженную в правых конечностях, возникшую на фоне полного здоровья, и развившуюся в течение нескольких месяцев. Анамнез не отягощен.

Неврологический статус: общая гипокинезия, с преобладанием справа. Повышение тонуса мышц правых конечностей по пластическому типу. Поза «просителя». При ходьбе – ахейрокинез справа, шаркает правой ногой, длина и высота шага снижена.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Локализация поражения
3. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Акинетико-риgidный синдром (паркинсонизма) с преобладанием справа.
2. Поражена экстрапирамидная система: черная субстанция.
3. Ювенильный паркинсонизм, акинетико-ригидная форма, дебют.

Задание 13

Мужчина 64-х лет – жалобы на выраженное снижение памяти, внимания, сложные галлюцинации вочные часы, общую замедленность движений, скованность. Анамнез не отягощен.

В неврологическом статусе: общая гипокинезия, с преобладанием слева. Ригидность мышц левых конечностей. Поза «просителя» вследствие ригидности аксиальной мускулатуры. При ходьбе – отсутствие содружественных движений левой руки при ходьбе, шаркает левой ногой, длина шага снижена.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз?

Эталон ответа:

1. Синдромы: паркинсонизма, когнитивных и психотических расстройств.
2. Поражены базальные ядра и кора головного мозга, преимущественно лобных долей.
3. Предварительный диагноз: болезнь диффузных телец Леви с наличием синдрома паркинсонизма, когнитивных и психотических расстройств.
4. МРТ для исключения других заболеваний

Задание 14

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

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

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

На глазном дне – побледнение височных половин дисков зрительных нервов.

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

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

вания.

4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдромы: нижний спастический парапарез, мозжечковая атаксия, парез правого отводящего нерва, тазовые расстройства.

2. Поражены пирамидные и вегетативные пути в грудном отделе спинного мозга, мозжечок, отводящий нерв.

3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе головного мозга и изменения на глазном дне характерны для рассеянного склероза;

4. Рассеянный склероз ремиттирующее течение, стадия обострения.

Задание 15

На приеме женщина 45 лет с жалобами на выраженную скованность и замедленность движений. Также больную беспокоят насильственные движения мимической мускулатуры нижней половины лица.

Из анамнеза известно, что пациентка проходит лечение у психиатра с применением нейролептиков.

Неврологический статус: общая, симметричная гипокинезия. Ригидность мышц с обеих сторон. Поза «просителя». Ходит мелкими шажками, при ходьбе отсутствуют содружественные движения верхних конечностей. Отмечаются насильственные движения околошеечной мускулатуры по типу шевеления губами, сходные с движениями кролика.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Локализация поражения
3. Поставить клинический диагноз.
4. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз?

Эталон ответа:

1. Акинетико-риgidный синдром (паркинсонизма) и периоральной дистонии.
2. Поражена экстрапирамидная система: черная субстанция, нигростриарные нейроны.
3. Нейролептический, симптоматический паркинсонизм с периоральной дистонией.
4. МРТ головного мозга для исключения других заболеваний.

Задание 16

Мужчина 74-х лет – жалобы на выраженное нарушение ходьбы, ее замедленность, шарканье ног. Из анамнеза известно, что неоднократно переносил транзиторные ишемические атаки.

В неврологическом статусе: слаженность правой носогубной складки. Положительные симптомы орального автоматизма. Ригидность мышц, уменьшающаяся в положении лежа. Ходьба грубо нарушена – затруднено начало движения, вначале семенящая шаркающая походка, затем широко расставляет ноги. Неустойчивость в позе Ромберга. Отмечает ухудшение внимания, памяти, преимущественно на недавние события, трудности в запоминании новой информации. Велосипедная проба положительная – больной легко демонстрирует ходьбу в положении лежа.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить предварительный клинический диагноз.
4. Назначить необходимые дополнительные обследования.

Эталон ответа:

1. Синдромы – паркинсонизма и когнитивных расстройств.
2. Поражена экстрапирамидная система и лобно-подкорковые пути.
3. Сосудистый паркинсонизм с грубым нарушением ходьбы по типу лобно-подкорковой дисбазии.
4. МРТ головного мозга, УЗИ сосудов головного мозга.

Задание 17

В стационар на носилках доставлен мужчина 68 лет, в сознании. Речь крайне тихая, замедленная. Не в состоянии самостоятельно передвигаться.

В анамнезе: длительно страдает болезнью Паркинсона, последние 8 лет принимал по 1500 мг леводопы в сутки. Препарат закончился около недели назад, новый не приобрел.

В неврологическом статусе: грубая гипокинезия – все движения резко замедлены, выраженная ригидность мышц. Вегетативные нарушения – потливость, выраженное головокружение при переходе в вертикальное положение. Голос практически не слышен, монотонен. Глотание нарушено.

1. Выделить клинический синдром.
2. Предположить, чем он вызван.
3. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдром – акинетический криз.
2. Резкое прекращение лечения леводопой.
3. Болезнь Паркинсона, осложненная акинетическим кризом.

Задание 18

Мужчина 44-х лет обратился с жалобами на повышение температуры до 38°, головную боль, головокружение системного характера, слабость и онемение в конечностях и туловище, шаткость и учащенное мочеиспускание, возникшие через 2 недели после перенесенного гриппа.

Неврологический статус: горизонтальный нистагм, центральный тетрапарез, расстройство поверхностной и глубокой чувствительности по проводниковому типу от уровня пупка, статическая и динамическая атаксия, императивные позывы на мочеиспускание.

Было выполнено МРТ головного мозга: 4 крупных гиперинтенсивных очага в белом веществе лобных и теменных долей.

Ликворологическое исследование: бесцветный, прозрачный, цитоз 159 клеток (лимфоциты), белок 0,6 г/л.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить изменения в ликворе и на МРТ.
4. Поставить клинический диагноз.

Эталон ответа

1. Синдромы: центральный тетрапарез, проводниковое расстройство поверхностной и глубокой чувствительности с уровня Т10, мозжечково-сенситивная атаксия, тазовые расстройства.

2. Поражен спинной мозг в грудном отделе: пирамидные, спиноталамические пути в боковых столбах и пути глубокой чувствительности в задних столбах, вегетативные пути для тазовых органов и мозжечок.

3. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе (159 клеток) свидетельствует о серозном характере воспаления и наличие крупных очагов на МРТ характерно для острого воспаления головного мозга.

4. Острый рассеянный энцефаломиелит.

Задание 19

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

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

Неврологический статус: острота зрения справа – 0,6 (коррекция без результата), сле-

ва – 1,0. Горизонтальный нистагм. Тетрапарез с преобладанием в нижних конечностях. Тонус мышц повышен в разгибателях голеней. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук живые. С ног высокие, с расширением рефлексогенных зон. Клонус надколенников и стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Положительные симптомы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо с обеих сторон. В позе Ромберга выраженная шаткость без сторонности. Походка атактическая. Пальценоносовую и пятконо-коленную пробу выполняет с интенцией с обеих сторон. Вибрационная чувствительность на ногах снижена.

На глазном дне отмечается бледность диска правого зрительного нерва.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 20

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

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

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

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

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

Эталон ответа:

1. Синдромы: нижний спастический парапарез, мозжечковая атаксия, тазовые расстройства.
2. Поражены пирамидные и вегетативные пути для тазовых функций в грудном отделе спинного мозга и мозжечок.
3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза; рекомендуется провести исследование вызванных потенциалов: зрительных, акустических и соматосенсорных;
4. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, стадия обострения.

Задание 21

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

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

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

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

Эталон ответа:

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

2. Поражение зрительного нерва.

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

4. Да, в неврологический стационар.

Задание 22

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

В неврологическом статусе: эмоционально лабильна, астенизована. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по спастическому типу, глубокие рефлексы высокие, D>S, клонусы коленных чашечек и стоп. Рефлексы орального автоматизма и патологические стопные знаки с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и мимопопадание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический трепор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

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

Эталон ответа:

1. Мозжечок, спинной мозг.

2. Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.

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

4. Да, в неврологический стационар.

Задание 23

Юноша 25 лет на приеме предъявляет жалобы на дрожание рук, усиливающееся при целенаправленных движениях, затрудняющее профессиональную и бытовую деятельность (прием пищи, бритье, умывание и т.п.), шаткость при ходьбе, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, ощущение прохождения тока по позвоночнику при наклоне головы кпереди. Считает себя больным в течение 5 лет, когда в период весенней сессии на

фоне переутомления и стресса возникло ухудшение зрения (ощущение нечеткости и пятна в поле зрения правого глаза), которое самопроизвольно регрессировало через 1-1,5 недели. Текущие симптомы беспокоят в течение 3-х месяцев, после ДТП, в котором получил черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга).

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

Задание:

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

Эталон ответа:

1. Мозжечок, спинной мозг, головной мозг (пирамидный путь и путь поверхностной чувствительности слева).

2. Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.

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

Задание 24

Женщина 19 лет на консультации предъявляет жалобы на быструю утомляемость и преходящую слабость в правых конечностях, двоение, усиливающиеся при нахождении в жарком помещении или после незначительной физической нагрузки. Болеет в течение 1,5 лет: дважды перенесла эпизоды невропатии лицевого нерва, сначала справа, затем слева.

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

Задание:

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

Эталон ответа:

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

2. Рассеянный склероз, церебральная форма.

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

Задание 25

На приеме мужчина 64-х лет: жалобы на слабость, похудание и неловкость в руках, больше слева, периодические подергивания мышц верхних конечностей. Данные симптомы возникли около года назад с дистальных отделов рук и постепенно распространились в проксимальном направлении.

Неврологический статус: мышцы верхних конечностей атрофичны, больше слева, обнаруживаются фасцикуляции в них. Сухожильные рефлексы повышенены с двух сторон, присутствуют патологические кистевые и стопные рефлексы, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус снижен. Сила в верхних конечностях: 3 балла в левой руке, 3,5 балла в правой, 4 балла в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

Задание:

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

Эталон ответа:

1. Поражение передних рогов спинного мозга на шейном уровне.
2. Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.
3. Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).

Задание 26

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

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

Глазное дно без патологии.

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

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

Эталон ответа:

1. Синдромы: нижний спастический парапарез и мозжечковая атаксия.
2. Поражен спинной мозг в грудном отделе (пирамидные пути в боковых столбах) и мозжечок.
3. Вероятный рассеянный склероз.

Задание 27

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

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

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

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

1. Выделить клинические синдромы.
 2. Поставить топический диагноз.
 3. Дать оценку изменениям на МРТ головного мозга, назначить необходимые методы диагностики.
 4. Поставить клинический диагноз.
- Эталон ответа:*
1. Синдромы: афферентный парез правой руки, легкий нижний центральный парапарез, мозжечковая атаксия, тазовые нарушения.
 2. Поражен спинной мозг в шейном отделе (в боковых столбах – спиноталамические пути, а в задних столбах – пути глубокой чувствительности) и в грудном отделе (пирамидные пути в боковых столбах), а также мозжечок.
 3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза; для уточнения диагноза необходимо исследование вызванных потенциалов: зрительных, акустических и соматосенсорных.
 4. Вероятный рассеянный склероз.

Задание 28

Женщина 44-х лет – жалобы на насильтственные зажмурования глаз, сопровождающиеся сокращением мимических и жевательных мышц (прикусывает язык). Выраженность этих симптомов уменьшается во сне, в положении лежа, а также при закладывании руки под голову.

Считает себя больной в течение 3х лет, когда на фоне 3 операций под общей анестезией (миома, грыжи) отметила учащенное моргание. В последствие присоединилось напряжение жевательных мышц.

Неврологический статус: частые приступообразные, следующие группами сокращения мышц лица с зажмурованием глаз, сжатием челюстей, уменьшающиеся в положении лежа. Есть корригирующие позы – при закладывании руки за голову сокращения становятся менее интенсивными. Сглаженность правой носогубной складки. Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Глотание, фонация в норме. Положительные симптомы орального автоматизма. Сухожильные рефлексы повышенены, D=S, патологических рефлексов нет. Мишечная сила и тонус сохранены. ПНП и КПП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга выраженная шаткость. Походка без особенностей.

МРТ головного мозга без патологии.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Локализация поражения
3. Поставить предварительный клинический диагноз.

Эталон ответа:

1. Синдром мышечной дистонии в виде блефароспазма и оромандибулярной дистонии.
2. Поражена экстрапирамидная система.
3. Идиопатическая краиальная дистония, умеренно прогредиентное течение, средней степени тяжести.

Задание 29

На приеме женщина 38 лет с жалобами на слабость жевательной мускулатуры и мышц век, нарастающая при физической нагрузке и во второй половине дня. Первые симптомы возникли на приеме у стоматолога, когда больной стало тяжело длительно сидеть с открытым ртом из-за слабости жевательных мышц.

Неврологический статус: двухсторонний полуптоз и слабость жевательной и мимической мускулатуры. Явных признаков поражения ЦНС не выявлено. После выполнения нагрузочных проб (присесть 20 раз) выявились слабость жевательной мускулатуры и усугу-

бился птоз. Инъекция неостигмина бромида быстро привела к полному восстановлению утраченных функций.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Признаки какого заболевания имеются у больного?
4. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Синдром мышечной слабости и патологической мышечной утомляемости.
2. Поражение мышечных ацетилхолиновых рецепторов.
3. Подозрение на миастению.
4. Для уточнения диагноза необходимо ЭНМГ, КТ средостения для исключения опухоли вилочковой железы, определение антител к АХ-рецепторам.

Задание 30

На приеме женщина 58 лет с жалобами на затруднение при глотании, частые поперхивания, слюнотечение, нарушение речи, плаксивость, подергивания в мышцах лица и шеи, затруднение удержания головы.

В неврологическом статусе: слабость, атрофии и фасцикуляции в мышцах лица, языка, грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышцах, дизартрия, дисфагия, рефлексы орального автоматизма, насильтственные эмоции (плач, смех), оживление нижнечелюстного рефлекса и глубоких рефлексов конечностей с обеих сторон. Результаты лабораторных исследований - без особенностей.

1. Топический диагноз?
2. Консультацию какого специалиста нужно получить?
3. Клинический диагноз?
4. Обследование?
5. Показана ли госпитализация?

Эталон ответа:

1. Поражение ствола головного мозга.
2. Невролога.
3. Боковой амиотрофический склероз, бульбарная форма.
4. Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СOD-1).
5. Да, в неврологический стационар.

Задание 31

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

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

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

1. Топический диагноз?
2. Консультацию какого специалиста нужно получить?
3. Клинический диагноз?
4. Обследование?
5. Показана ли госпитализация?

Эталон ответа:

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

мозг, полушария), зрительные нервы.

2. Невролога.

3. Рассеянный склероз.

4. Неврологический осмотр, клинический анализ крови, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (желательно с введением контраста, гиперинтенсивные очаги в режиме Т2 типичной локализации).

5. Госпитализация показана.

Задание 32

Девушка 20 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на то, что у нее внезапно развилось нарушение зрения до слепоты справа, болезненность при движении правого глазного яблока. Была направлена на консультацию к офтальмологу, где был поставлен диагноз правосторонний ретробульбарный неврит. Назначено лечение кортикостероидами, которое оказало быстрый эффект, зрение восстановилось. Девушка вновь пришла к врачу общей практики за дальнейшими рекомендациями.

1. Консультации каких специалистов показаны в данной ситуации?

2. Требуется ли дальнейшее наблюдение пациентки, если да, то с какой целью?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?

Эталон ответа:

1. Невролога.

2. Обязательное наблюдение невролога и окулиста так как нельзя исключить, что это была первая атака рассеянного склероза.

3. МРТ головного и спинного мозга.

Задание 33

Женщина привела на осмотр к детскому неврологу своего единственного 6-летнего ребенка. У мальчика в последнее время нарушилась походка, во время активных игр он стал падать, плохо поднимается по лестнице. В неврологическом статусе: резко выраженный лордоз, атрофия мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Мальчик использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фасцикулярных подергиваний нет. Глубокие рефлексы снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын брата) умер в возрасте 15 лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.

2. Что такое приемы Говерса?

3. Тип наследования данного заболевания?

4. Нужна ли госпитализация?

5. Какие дополнительные методы обследования необходимы?

6. Нужно ли обследовать других членов семьи и зачем?

Эталон ответа:

1. Прогрессирующая миодистрофия Дюшенна.

2. Специфический способ вставания из положения лежа с использованием туловища как опоры для рук, присущий исключительно пациентам с мышечными дистрофиями.

3. X-сцепленный рецессивный.

4. Госпитализация показана.

5. ПЦР ДНК диагностика, при невозможности: ЭНМГ, биохимический анализ крови (КФК), биопсия мышц с гистохимическим анализом.

6. Обязательное обследование матери на носительство (ПЦР), если она хочет еще детей.

Задание 34

Мужчина 58 лет обратился к неврологу с жалобами на двоение по горизонтали и по вертикали, опущение обоих век, возникающие и нарастающие во второй половине дня и при длительном чтении. Считает себя больным в течение 2-х недель.

Неврологический статус: опущение верхних век, более выраженное справа, движение правого глазного яблока ограничено вверх и книзу, движение левого глазного яблока ограничено вверх, двоение предметов при взгляде вправо и вверх, других неврологических нарушений нет. Инъекция прозерина вызвала полный регресс симптоматики.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Эталон ответа:

1. Патологическая мышечная утомляемость, птоз
2. Глазные мышцы
3. Миастения, глазная форма
4. ЭМГ, ЭНМГ, АТ к АХР.

Задание 35

Мужчина 50 лет за последние 3 года стал отмечать, что начали худеть кисти рук (стали велики перчатки), а последнее время заметил «поперхивание» при еде. Обратился в поликлинику к врачу терапевту и сразу был направлен к неврологу.

В неврологическом статусе: фибриллярные подергивания в языке и верхних конечностях, парез мягкого неба, отсутствие глоточного рефлекса, гипотрофия мышц верхних конечностей. Глубокие рефлексы на руках и ногах высокие, двухсторонний симптом Бабинского. Нарушений чувствительности нет. Функции тазовых органов не нарушены.

1. Поставьте топический диагноз.
2. Поставьте предположительный клинический диагноз.
3. Нужна ли госпитализация?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5. Возможные исходы заболевания?

Эталон ответа:

1. Поражение ядер IX, X, XII пар ЧН, передних рогов спинного мозга на шейном уровне, проводящих двигательных путей в боковых канатиках спинного мозга.
2. Боковой амиотрофический склероз, бульбарная форма.
3. Да, в неврологический стационар.
4. Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СOD-1).
5. 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 36

Больная 25 лет после проведенного медицинского абортта, стала жаловаться на повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб увеличивается, после отдыха - уменьшается. Обратилась к участковому врачу терапевту по месту жительства, где ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век. Пациентка самостоятельного обратилась к частному неврологу.

При неврологическом осмотре: двухсторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появил-

лось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие пробы необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы?

Эталон ответа:

1. Миастения. Глазная форма (класс I).
2. Госпитализация показана.
3. Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость (фиксированный взгляд вверх), фармакологическую пробу (с прозерином).
4. ЭНМГ, уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам, МРТ средостения (для выявления тимомы).

Задание 37

На приеме пациентка 36ти лет с жалобами на нарушение мочеиспускания - когда возникает позыв, не может долго терпеть и, если рядом нет туалета, возникает самопроизвольное мочеиспускание. Женщина проходила обследование у уролога и гинеколога, причин для данных жалоб выявлено не было. Ее направили к неврологу, который выявил признаки нижнего спастического парапареза и назначил дообследование.

Офтальмолог выявил частичную атрофию дисков зрительных нервов. На МРТ с контрастированием головного и спинного мозга: множественные паравентрикулярные очаги демиелинизации разной давности; очаг демиелинизации на уровне Th7.

1. Поставьте топический диагноз.
2. Поставьте предположительный клинический диагноз.
3. Нужна ли госпитализация?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5. Возможные исходы заболевания?

Эталон ответа:

1. Зрительные нервы, пирамидные пути в головном и спинном мозге (см. МРТ).
2. Рассеянный склероз.
3. Госпитализация показана в неврологический стационар.
4. Исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA- типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (желательно с введением контраста, гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

5. Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

Задание 38

На приеме женщина 35 лет, учитель английского, с жалобами на осиплость голоса, возникающую в конце учебных занятий, а также слабость в конечностях, усиливающуюся при физической нагрузке. Считает себя больной в течение трех месяцев, после отдыха утром голос становится нормальным.

Неврологический статус: дисфония, возникающая при голосовой нагрузке, парез мышц проксимальных отделов верхних и нижних конечностей, снижение сухожильных рефлексов. Под кожное введение прозерина вызвало полный регресс симптоматики.

1. Неврологические синдромы?

2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Эталон ответа:

1. Периферический тетрапарез, дисфония
2. Мышцы гортани, конечностей.
3. Миастения генерализованная форма
4. ЭМГ, ЭНМГ, АТ к АХР.

Задание 39

Женщина 29-ти лет обратилась с жалобами на периодически возникающее двоение предметов, слабость мышц конечностей при физической нагрузке. Считает себя больной в течение двух лет, когда при длительной зрительной нагрузке стали опускаться веки, возникло двоение предметов по горизонтали. После отдыха указанные симптомы регрессировали. Год назад присоединилась слабость мышц конечностей, развивающаяся при физической нагрузке и регрессирующая в покое.

Неврологический статус: парез в проксимальных группах мышц конечностей и снижение сухожильных рефлексов, двухсторонний полуптоз, нарастающий при провокационных пробах (нагрузка на глазодвигательные мышцы, приседания).

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Эталон ответа:

1. Двусторонний птоз, диплопия по горизонтали, периферический тетрапарез с акцентом в проксимальных отделах.
2. Глазные мышцы, мышцы конечностей
3. Миастения генерализованная форма
4. ЭМГ, ЭНМГ, АТ к АХР

Задание 40

На приеме женщина 33 лет с жалобами на появившееся двоения в глазах. Врач обнаружил расходящееся косоглазие, правосторонний птоз. Назначил дообследование: проба с введением прозерина клиническую картину не изменила; ЭНМГ без отклонений от нормы. МРТ ангиография: патологии не выявлено. МРТ головного мозга: множественные очаги демиелинизации паравентрикулярно и в области ствола головного мозга. Анализ крови на уровень глюкозы - 4,2 ммоль/л.

1. Поставьте топический диагноз.
2. О каких диагнозах подумал врач, назначив перечисленное обследование?
3. Поставьте клинический диагноз по результатам обследования.

Эталон ответа:

1. Поражение III пары справа. Очаги в головном мозге по данным МРТ.
2. Миастения (глазная форма), аневризма внутренней сонной артерии, диабетическая невропатия III пары ЧН.
3. Рассеянный склероз.

Задание 41

Мужчина 35 лет уже в течение 10 лет лечится у невролога с диагнозом гепатоцеребральная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова). В течение последних трех лет неоднократно нарушил режим приема лекарств в связи с чем возникло существенное ухудшение состояния, и доза препарата была повышена до 1500 мг d-пеницилламина в день. Через несколько месяцев, привычные для пациента симптомы (тремор рук и нарушения речи) существенно уменьшились.

Однако он стал замечать повышенную утомляемость, стало трудно подниматься по ступенькам из-за слабости в ногах, приседать, с трудом может достать что-то

с верхней полки шкафа.

1. Предположите причину вновь появившихся симптомов.
2. Предложите тактику дальнейшего ведения пациента.

Эталон ответа:

1. Миастенический синдром лекарственного происхождения (d-пеницилламин).
2. Уменьшение дозы d пеницилламина, назначение солей цинка, унитиола, триентина.

Задание 42

Пожилой мужчина в возрасте 73 лет, постоянно находящийся в доме для престарелых, из-за болезни Альцгеймера, предъявляет жалобы на постепенное развитие слабости во всех конечностях, похудение мышц, ухудшение речи. Приглашенный на консультацию врач невролог выявил: гипотрофию языка, фибриллярные подергивания в языке, спастический тетрапарез с двухсторонними патологическими симптомами Бабинского, выраженной гипотрофией мышц, фасцикулярными подергиваниями, симптомы орального автомата.

1. Поставьте топический диагноз.
2. Поставьте предположительный клинический диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Возможные исходы заболевания?

Эталон ответа:

1. Поражение ядер XII пары ЧН, поражение передних рогов спинного мозга и проводящих двигательных путей на разных уровнях.
2. Боковой амиотрофический склероз, бульбарная форма.
3. Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).
4. 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 43

Женщина 35 лет на протяжении нескольких лет страдает генерализованной миастенией (III класс), заболела ОРВИ, которая осложнилась отитом. Врач назначил курс аминогликозидных антибиотиков. На фоне лечения у пациентки внезапно усилились все проявления болезни, наросла слабость и появилась выраженная одышка.

1. Объясните с чем связано ухудшение состояния.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Возможные исходы заболевания?

Эталон ответа:

1. Ухудшение могло быть спровоцировано интеркуррентной инфекцией и приемом аминогликозидных антибиотиков, которые снижают чувствительность постсинаптической мембраны к ацетилхолину.
2. Миастенический криз.
3. Улучшение состояния на фоне лечения, без лечения – возможен летальный исход.

Задание 44

Мужчина 53-х лет, в течение 30-ти лет работает электросварщиком. Последние полгода стал хуже справляться с работой из-за выраженной медлительности. В неврологическом статусе: маскообразное лицо, речь тихая монотонная, двухсторонняя мышечная rigidity. МРТ головного мозга патологии не выявила.

1. Топический диагноз.
2. Поставьте предположительный клинический диагноз.
3. Нужны ли дополнительные обследования?

Эталон ответа:

1. Базальные ганглии.
2. Вторичный (марганцевый) паркинсонизм. Токсическая энцефалопатия в результате длительного воздействия марганца на организм.
3. Определение уровня марганца в крови и моче.

Задание 45

Мужчина в возрасте 58 лет работает в условиях труда с локальной вибрацией (отбойный молоток), в течение 12 лет. Хронических заболеваний внутренних органов не имеет. Обратился на прием в поликлинику с жалобами на замедленность движений, изменения походки (уменьшилась длина шага, иногда трудно сразу остановиться), мелкое дрожание в пальцах правой кисти при волнении. Врач выявил легкие признаки олиго-брадикинезии, статический трепет в пальцах правой кисти.

1. Поставьте топический диагноз.
2. Поставьте предположительный клинический диагноз.
3. Нужны ли дополнительные обследования?

Эталон ответа:

1. Экстрапирамидная система.
2. Болезнь Паркинсона.
3. МРТ головного мозга.

Задание 46

Женщина, 51 год, длительно страдает миастенией. 2 дня назад в связи с нарастанием слабости мышц конечностей без консультации с врачом увеличила дозу калимина с 3-х таблеток до 6-8 таблеток в сутки. На этом фоне появились боли в животе и усиленное слюноотделение, наросла слабость в конечностях.

При обследовании: побледнение кожных покровов, артериальное давление - 85/40 мм рт. ст., пульс 42 уд/ мин, дыхание учащено до 25 в минуту, зрачки узкие, симметричные, сила в конечностях снижена до 4-х баллов, сухожильные рефлексы снижены.

1. Клинический диагноз?
2. Причина ухудшения состояния больной?

Эталон ответа:

1. Холинергический криз
2. Передозировка

Задание 47

Больной К, 59 лет обратился к неврологу с жалобами на слабость в руках, скованность и тяжесть в ногах, подергивания мышц в руках и ногах. Считает себя больным около 8 месяцев назад, когда почувствовал слабость в руках, которая постепенно нарастает. Два месяца назад к ней присоединилось ощущение тяжести в ногах.

В неврологическом статусе: выраженная гипотрофия мышц кистей и предплечий, фасцикуляции в мышцах верхних и нижних конечностей, слабость в дистальных отделах рук до 2-х баллов, слабость в проксимальных отделах рук до 4-х баллов, в ногах сила достаточная, сухожильные рефлексы на руках и ногах оживлены, рефлекс Бабинского положительный с двух сторон. Расстройств чувствительности, координаторных и тазовых нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Эталон ответа:

- А. Смешанный тетрапарез
- Б. Верхний и нижний мотонейрон
- В. Боковой амиотрофический склероз
- Г. ЭМГ, ЭНМГ

Задание 48

На прием в поликлинику обратился мужчина 39 лет с жалобами на слабость в ногах. Из анамнеза заболевания известно, что две недели назад перенес ОРВИ. Три дня назад отметил, что трудно подниматься по лестнице.

В неврологическом статусе: мышечный тонус в ногах снижен, снижена сила в дистальных отделах конечностей - до 4 баллов, в проксимальных отделах - до 3 баллов. Глубокие рефлексы с ног отсутствуют. Патологических стопных знаков нет. Отмечается легкая слабость в проксимальных отделах рук. Глубокие рефлексы на руках снижены, больше в проксимальных отделах. Умеренно выражены симптомы натяжения с двух сторон, других чувствительных нарушений нет. Функция тазовых органов не нарушена.

1. Топический диагноз?
2. Предположительный клинический диагноз?
3. Требуется ли экстренная госпитализация?
4. Возможные осложнения и исходы заболевания?
5. План обследования.

Эталон ответа:

1. Множественное поражение корешков и нервов конечностей.
2. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (синдром Гийена-Барре.)
3. Да.
4. Летальный исход у больных, требующих ИВЛ. Непосредственной причиной смерти могут быть тяжелая дыхательная недостаточность, тяжелые нарушения ритма сердца (вплоть до остановки кровообращения), ТЭЛА. Может сформироваться стойкое остаточное явление в виде слабости и гипотрофии мышц, выраженных дизэстезий в дистальных отделах конечностей, болезненные мышечные спазмы, повышенная утомляемость. Часто - полное восстановление.
5. Исследование ЦСЖ, клинический анализ крови, исследования уровня электролитов, печеночные пробы, тесты на СКВ, ВИЧ, ЭНМГ через 2-3 недели.

Задание 49

Молодая девушка обратилась к врачу с жалобами на слабость, сердцебиение, нарушение зрения (нечеткость видения предметов), «осиплость» голоса. Из анамнеза заболевания стало известно, что 1 месяц назад, болело горло, повышалась температура. Лечилась самостоятельно, не хотела пропускать занятия в университете. В неврологическом статусе: снижение глоточного рефлекса, дисфония, снижение ахилловых рефлексов, нарушение мышечно-суставного чувства в стопах. Нарушений функций тазовых органов нет.

1. Поставьте топический диагноз?
2. Поставьте предположительный клинический диагноз?
3. Требуется ли экстренная госпитализация?
4. Предложите план обследования?
5. Консультации, каких специалистов вам могут понадобиться?

Эталон ответа:

1. Поражение ЧН IX, X. Поражение периферических нервов нижних конечностей.
2. Дифтерийная полинейропатия.
3. Экстренная госпитализация показана.
4. Серологические тесты, ЭНМГ, исследование ЦСЖ.
5. Инфекционист, невролог.

Задание 50

Мужчина, 43 лет, обратился в поликлинику с жалобами на появившуюся неделю назад неуверенность при ходьбе так как «плохо чувствует пол», слабость в руках. Три месяца назад лечился самостоятельно от перенесенной «ангины», после чего сохранилась легкая осиплость голоса в течение месяца. При объективном осмотре: ЧСС 96 (в покое), снижение силы в проксимальных отделах нижних конечностей до 3 баллов, верхних конечностей до 4 баллов. Глубокие рефлексы не вызываются. Снижено мышечно-суставное чувство в сто-

пах, легкая гипестезия в пальцах стоп.

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
3. Какие методы дополнительных исследований необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Консультация, каких специалистов может потребоваться?
5. Возможные исходы заболевания?

Эталон ответа:

1. Поражение IX, X пары черепных нервов, периферических нервов нижних и верхних конечностей.
2. Дифтерийная полинейропатия.
3. Серологические исследования, исследование ЦСЖ, ЭНМГ.
4. Невролога, отоларинголога, инфекциониста.
5. а) полное восстановлений функций, б) стойкая частичная потеря функций.

Задание 51

Мужчина, 42 лет, обратился на прием к терапевту по месту жительства с жалобами на слабость в ногах. Из анамнеза заболевания стало известно, что 3 недели назад перенес ОРВИ.

В неврологическом статусе отмечается: снижение силы в дистальных отделах ног до 4 баллов, в проксимальных отделах - 2 балла. Глубокие рефлексы с ног угнетены. Вялый парез в проксимальных отделах рук. Двухсторонний парез мимической мускулатуры. Функция тазовых органов не нарушена. Парадоксальный тип дыхания. ЧСС - 108 в мин.

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
3. Нужна ли госпитализация и в какое отделение?
4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Поражение периферических нервов и корешков верхних и нижних конечностей.
2. Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия (синдром Гийена-Барре).
3. Да, в неврологическое отделение.
4. Исследование ЦСЖ, ЭНМГ через 2-3 недели.

Задание 52

На прием обратился мужчина, 48 лет, с жалобами на изменения голоса, затруднения при глотании, слабость рук и ног. Заболел год назад, когда впервые появились осиплость голоса и затруднения при глотании. Эти расстройства постепенно нарастили, в последние шесть месяцев к ним присоединилась слабость в конечностях.

Неврологический статус: дисфагия, дисфония, дизартрия, мягкое небо свисает с обеих сторон, подвижность дужек мягкого неба при фонации ослаблена, глоточные рефлексы снижены, гипотрофия и фибрилляция мышц языка, гипотрофия и фасцикуляции мышц верхних и нижних конечностях, снижение силы в конечностях до 3-х баллов, сухожильные рефлексы высокие D=S, симптом Бабинского положительный с двух сторон. Расстройства чувствительности, координаторных и тазовых нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Эталон ответа:

1. Смешанный тетрапарез, бульбарный с-м
2. Дегенерация двигательных нейронов СМ и продолговатого мозга (двойное ядро/корково-ядерные пути).

3. Боковой амиотрофический склероз.
4. Электромиография, КТ, МРТ.

Задание 53

Женщина 40 лет в 20 лет перенесла гепатит, через полгода стала отмечать пошатывание при ходьбе, дрожание верхних конечностей. Позже к данным симптомам присоединились нарушения координации движения с двух сторон, дрожание рук стало затруднять произвольные движения.

В неврологическом статусе: в сознании, адекватна, память снижена, несколько эйфорична, определяется среднеразмашистый горизонтальный нистагм, дизартрия, скандированная речь, выраженные нарушения координации. При офтальмологическом обследовании с использованием щелевой лампы выявляется коричневое кольцо по краю радужки с двух сторон. В биохимическом анализе крови повышенено содержание меди (до 500 мкг/сут при норме 150) и снижено церулоплазмина (до 10 ЕД при норме 25–45). Медь выявлена и в общем анализе мочи.

1. Какая форма заболевания имеется у пациентки?
2. С чем связано изменение окраски радужной оболочки?

Эталон ответа:

1. Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова).
2. Изменение окраски радужной оболочки связано с отложением меди - кольцо Кайзера-Флейшера.

Задание 54

У мальчика с 2 лет жизни стало отмечаться отставание в моторном развитии. Появилась слабость мышц тазового пояса, бедер, возникла «утиная походка». К 12 годам стал с трудом передвигаться. При осмотре: грудная клетка уплощена, сколиоз грудного отдела позвоночника, поясничный лордоз, «крыловидные лопатки», слабость проксимальных отделов рук, псевдогипертрофия икроножных мышц. Признаки кардиомиопатия на ЭКГ. Интеллект снижен. В сыворотке крови многократно увеличено содержание КФК.

1. Какой диагноз у ребенка?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Прогрессирующая мышечная дистрофия, форма Дюшена. Диагноз уточняется клинически и при генеалогическом анализе ДНК-диагностики.
2. Определение активности электронейромиографии и КФК в сыворотке крови.

Задание 55

Парень, 23 лет, стал отмечать появление слабости и прогрессирующую гипотрофию мышц лица и плечевого пояса. При неврологическом осмотре выявляется: гипомимичное лицо («лицо сфинкса»), нарушение движений губами, при смехе ротовая щель приобретает горизонтальное положение (углы рта не поднимаются - «поперечный смех»), глазные щели неплотно смыкаются, лоб не наморщивает («полированный лоб»), губы - оттопыренные («губы тапира»). Мышцы верхнего плечевого пояса гипотрофичны, глубокие рефлексы снижены.

1. Какой диагноз у данного пациента?
2. Какой тип наследования?

Эталон ответа:

1. Лице-лопаточно-плечевая прогрессирующая мышечная дистрофия Ландузи–Дежерина.
2. Аутосомно-домinantный тип наследственности.

Задание 56

Больная О., 29 лет, предъявила жалобы на то, что на фоне общей слабости возник двусторонний полуптоз, более выраженный к вечеру. В неврологическом статусе другой симptomатики выявлено не было.

1. Какое заболевание можно заподозрить у пациентки?
2. Какие пробы и методы исследования нужно провести и назначить для уточнения диагноза?
3. Какая основная причина заболевания?

Эталон ответа:

1. Миастения, глазная форма.
2. ЭНМГ, проба на мышечную утомляемость.
3. Нарушение нервно-мышечной проводимости при тимоме или гиперплазии вилочковой железы.

Задание 57

В неврологическое отделение поступила пациентка, 64 лет, с жалобами на нарушение речи, поперхивание твердой пищей. При неврологическом осмотре: дизартрия, дисфагия, дисфония, атрофия мышц языка, фибриллярные подергивания на языке, снижение глоточного рефлекса и рефлекса с мягкого неба.

1. Как называется данный синдром, развившийся у пациентки?
2. Для каких заболеваний он характерен?

Эталон ответа:

1. Бульбарный паралич.
2. Боковой амиотрофический склероз (БАС), сирингомиелия, посттравматическая гематомиелия.

Задание 58

Молодой человек в возрасте 18 лет поступил в офтальмологическое отделение с клиникой ретробульбарного неврита. При осмотре выявлено концентрическое сужение полей зрения на синюю и красную метку, побледнение височных половин дисков зрительных нервов.

1. Для какого заболевания характерна данная картина офтальмологического осмотра?
2. Какой дополнительный метод исследования подтвердит диагноз?
3. Тактика дальнейшего ведения.

Эталон ответа:

1. Рассеянный склероз.
2. МРТ головного мозга.
3. Госпитализация в неврологическое отделение, назначение гормональных препаратов, проведение плазмафереза, ГБО.

Задание 59

Больной К., 50 лет, болеющий сахарным диабетом второго типа, стал отмечать слабость и онемение в стопах. При исследовании выявлена гипестезия болевой и температурной чувствительности на стопах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов.

1. Для каких заболеваний характерна такая клиническая картина?
2. Какой тип нарушения чувствительности развился у пациента?

Эталон ответа:

1. Полиневропатия на фоне сахарного диабета или злоупотребления алкоголя, острыя полиневропатия Гийена-Барре.
2. Сенсомоторный вариант.

Задание 60

В поликлинику обратился пациент С., 62 лет, предъявляет жалобы на замедленность движений, дрожь в руках, нарушение походки. Во время неврологического осмотра отмечается: трепор покоя в верхних конечностях по типу «счета монет», тонус во всех конечностях несколько повышен по типу «зубчатого колеса», ходит медленно, слегка наклонив туловище вперед. Глубокие рефлексы не изменены, патологические рефлексы не вызываются.

1. Для какого заболевания характерна такая патология?
2. Какие структуры головного мозга при этом поражаются?

Эталон ответа:

1. Для болезни Паркинсона.
2. Базальные ядра (черная субстанция, бледный шар).

Задание 61

На прием к неврологу обратилась девушка, 25 лет, с такими жалобами как слабость в руках и ногах, изменение речи, пошатывание при ходьбе. Болеет в течение двух лет, когда родственники обратили внимание на шаткость походки и изменение речи. К врачам не обращалась. Год назад отмечалось преходящее изменение зрения на левый глаз. В неврологическом статусе имеется: горизонтальный нистагм, скандированная речь, спастический тетрапарез, преимущественно в ногах, отсутствуют брюшные рефлексы, неточность при выполнении координаторных проб с интенционным трепетом с двух сторон.

1. Установите диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Эталон ответа:

1. Рассеянный склероз.
2. МРТ, глазное дно, периметрия, вибрационная чувствительность.

Задание 62

Парень В., 20-ти лет, после перенесенной ранее ОРВИ почувствовал покалывание в ногах. В течение двух дней развилась слабость в разгибателях стопы, а к концу недели ему стало трудно ходить. Мочеиспускание и дефекация не нарушались. На протяжении 2 недель слабость прогрессировала. Возникла тетраплегия при сохранности функции тазовых органов. В ликворе было выявлено повышенное содержание белка (свыше 10 г/л) при нормальном цитозе.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие диагностические методы наиболее информативны?

Эталон ответа:

1. Острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена–Барре.
2. Люмбальная пункция, ЭНМГ.

Задание 63

Больной М., 45 лет, предъявляет жалобы на интенсивные боли в поясничной области с иррадиацией по передней поверхности живота, усиливающиеся при кашле и чихании, слабость правой ноги, чувство онемения в левой ноге. Заболевание началось с болей в нижнегрудном отделе и поясничной области справа. Лечился амбулаторно, однако интенсивность болей продолжала нарастать, присоединилась слабость в правой ноге и чувство онемения в левой стопе. Объективно: парез правой ноги до 3 баллов. Мышечный тонус в правой ноге повышен, глубокие рефлексы с ног живые, D>S. Слева отмечается снижение поверхностной чувствительности с уровня Th11 дерматома.

1. Какой описан синдром?
2. При каком заболевании он встречается?

Эталон ответа:

1. Синдром Броун–Секара (ипсилатерально спастический парез, контралатерально гипестезия по проводниковому типу).
2. При опухоли спинного мозга.

Задание 64

У молодой девушки в возрасте 25 лет, во время беременности возникло легкое пошатывание при ходьбе. Когда ребенку исполнилось 9 месяцев, то у нее остро возникла слабость в ногах, трудности при мочеиспускании. При неврологическом осмотре: дипlopия, нижний спастический парапарез. Задержка мочеиспускания.

1. Установите диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить для постановки диагноза?

Эталон ответа:

1. Рассеянный склероз.
2. МРТ спинного и головного мозга, вибрационная чувствительность.

Задание 65

Пациентка К., 20 лет в течение месяца стала отмечать появление системного головокружения, пошатывание при ходьбе. Через полгода стала нарастать слабость в ногах, появились императивные позывы на мочеиспускание.

В неврологическом статусе: легкий спастический нижний парапарез, горизонтальный нистагм, интенционный трепет при выполнении пальценосовой пробы.

Вопросы:

1. Какой диагноз у пациентки?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Какими специалистами должна быть осмотрена пациентка?

Эталон ответа:

1. Рассеянный склероз.
2. Необходимо провести МРТ головного и спинного мозга, исследование глазного дна, полей зрения, исследование вибрационной чувствительности
3. Офтальмологом, урологом.

Задание 66

Больная О., 20 лет, обратилась на прием к неврологу с жалобами на слабость в руках и ногах, изменение речи, пошатывание при ходьбе. В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, скандированная речь, спастический тетрапарез, более выраженный в ногах, отсутствуют брюшные рефлексы, неточность при выполнении координаторных проб, неустойчивость в позе Ромберга.

1. Какое заболевание у данной пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо назначить для подтверждения диагноза?

Эталон ответа:

1. Рассеянный склероз.
2. Необходима нейровизуализация головного мозга (МРТ).

Задание 67

Родственники пациентки 60-ти лет начали отмечать, что она ходит мелкими шагами, руки и ноги полусогнуты, туловище наклонено вперед, речь монотонная, тихая, затухающая.

При осмотре: лицо маскообразное. Наблюдается трепет пальцев рук по типу «счета монет». Тонус в верхних и нижних конечностях повышен по типу «зубчатого колеса».

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует данная клиника?
2. С чем проводят диф. диагностику данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Болезнь Паркинсона.
2. Дифференциальную диагностику болезни Паркинсона проводят чаще всего с сосудистым, лекарственным, токсическим и постэнцефалитическим паркинсонизмом; эссенциальным трепетом; деменцией с тельцами Леви; прогрессирующим надъядерным параличом; мультисистемной атрофией; гепатолентикулярной дегенерацией.

Задание 68

У женщины М., 45 лет, возникли жалобы на двустороннюю атрофию мышц кистей, слабость в верхних конечностях, наличие подергиваний мышц в области верхних конечностей. В неврологическом статусе отмечается снижение глоточного рефлекса, сила в дистальных отделах снижена до 4 баллов, определяются фибриллярные подергивания в области мышц плечевого пояса, предплечья. Атрофия тенора и гипотенара, а также межкостных мышц кистей. Рефлексы с верхних конечностей высокие.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие методы обследования нужно провести?

Эталон ответа:

1. Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.
2. МРТ спинного мозга, электронейромиография.

Задание 69

У мужчины С., 42 лет, в течение последнего полугода постепенно стала нарастать гнусавость голоса, стало трудно выговаривать слова, поперхивается при глотании, с трудом высовывает язык. При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. Речевой контакт затруднен из-за дизартрии, дисфагия, глоточный рефлекс снижен. Выявляются атрофия мышц языка, фибриллярные подергивания в них. Глубокие рефлексы высокие.

1. Какой диагноз может быть у данного пациента?
2. Проведите дифференциальный диагноз с синдромом этого заболевания.

Эталон ответа:

1. Боковой амиотрофический склероз. Бульбарная форма.

2. Дифференциальный диагноз проводится между заболеванием и синдромом бокового амиотрофического склероза, вследствие цервикальной сосудистой миелопатии, интоксикационная, инфекционная, пострадиационная миелопатия.

Задание 70

Девушка О., 23 лет, в течение последнего месяца стала отмечать следующие жалобы: опускание век, быстрая утомляемость в мышцах рук, особенно при поднятии их вверх, утомляемость в ногах. При поступлении в неврологическое отделение выявляется мышечная слабость даже при небольшой физической нагрузке. После физической нагрузки отмечаются мышечная гипотония, угнетение глубоких рефлексов. Через 20 мин после введения 1,0 мл 0,05 % раствора прозерина больная свободно встает и ходит.

1. Какому диагнозу соответствует описанная клиника?
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Какие показания могут быть для проведения оперативного лечения у этой пациентки?

Эталон ответа:

1. Миастения, генерализованная форма.
2. Рентгенография средостения, электронейромиография.
3. Выявление тимомы потребует хирургического лечения.

Задание 71

На прием к врачу обратилась женщина, 49 лет, с жалобами на безболевые ранения пальцев кистей, трофические нарушения, изменение цвета ногтей, их повышенную ломкость. При неврологическом осмотре: черты дизрафического статуса (низкий рост, короткая шея). Снижение мышечной силы в кистях до 4,0 баллов. Рефлексы на руках равномерные, несколько снижены. Сегментарные нарушения поверхностной чувствительности на уровне C4-C8. На КТ на этом уровне отмечается расширение центрального канала спинного мозга. Нарушений глубокой чувствительности не выявляется.

1. Какому диагнозу соответствует наличие полости?
2. Чем обусловлены сегментарные нарушения поверхностной чувствительности?

Эталон ответа:

1. Сирингомиелия.
2. Сегментарные нарушения чувствительности обусловлены поражением задних рогов спинного мозга.

Задание 72

Мужчина Д., 62 года, предъявляет жалобы на то, что появилась и постепенно стала нарастать слабость в правой кисти, затем присоединилась атрофия мелких мышц кисти. При обследовании были выявлены гиперрефлексия и фасцикуляции в мышцах кисти, предплечья и плечевого пояса справа.

1. Какому заболеванию соответствует данная клиника?

2. Какой метод исследования подтверждает диагноз?

Эталон ответа:

1. Боковой амиотрофический склероз.
2. Нейромиография.

Задание 73

Больная, 23 года, обратилась на прием к неврологу по месту жительства с жалобами на резкое снижение зрения на левый глаз, возникшее около 20 дней назад, которое самостоятельно восстановилось в течение 15 дней.

1. Какие исследования нужно выполнить?
2. Какой предварительный диагноз необходимо установить?

Эталон ответа:

1. МРТ головного мозга, консультация офтальмолога.
2. Рассеянный склероз.

Задание 74

В неврологическое отделение поступила женщина, 45 лет, с жалобами на слабость в стопах и кистях. Из анамнеза заболевания пациентки известно, что в течение последних 6 дней было повышение температуры тела до 38,0 °C, а утром на 7 сутки появилась слабость в стопах, затем в кистях, жидкая пища стала выливаться через нос, твердой пищей она стала поперхиваться. При осмотре выявлен дистальный вялый тетрапарез, нарушение чувствительности на кистях и стопах по типу «носоков» и «перчаток».

1. Какой предварительный диагноз врача приемного покоя?
2. Какой метод исследования подтвердит диагноз?
3. Какой тип расстройства чувствительности?

Эталон ответа:

1. Острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена–Барре.
2. Люмбальная пункция, в последующем ЭНМГ.
3. Полиневритический тип расстройства чувствительности.

Задание 75

Больная 28 лет, обратилась на прием к неврологу с жалобами на внезапную потерю зрения на правый глаз, возникшую 3 дня назад. В неврологическом статусе: выявляется резкое снижение остроты зрения на правый глаз, оживление глубоких и отсутствие брюшных рефлексов, симптом Бабинского с обеих сторон, снижение вибрационной чувствительности на ногах.

1. Какое заболевание можно заподозрить у молодой женщины?
2. Какие методы исследования нужно выполнить для подтверждения диагноза?

Эталон ответа:

1. Рассеянный склероз.

2. МРТ головного мозга, поля зрения, глазное дно, вибрационная чувствительность.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении задачий, 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, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении задачий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных задачий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

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

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

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью 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 области, не-глубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

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