

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕ-
ЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра неврологии и восстановительной медицины с курсом остеопатии

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

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
(СИМУЛЯЦИОННОГО КУРСА)**

«Симуляционные навыки по неврологии»

**основной образовательной программы высшего образования
– программы ординатуры**

Специальность
31.08.42 Неврология
Направленность (профиль) программы **Неврология**

**Блок 1
Вариативная часть (Б1.В.02.03)**

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

**Ростов-на-Дону
2024г.**

Рабочая программа дисциплины (симуляционного курса) «Симуляционные навыки по неврологии» разработана преподавателями кафедры неврологии и восстановительной медицины с курсом остеопатии в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.42 Неврология, утвержденного приказом Минобрнауки России N 103 от 02.02.2022 (ред. от 19.07.2022), и профессионального стандарта № 1240 «Врач – невролог», утвержденного приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 29 января 2019 г. N 51н (в ред. Приказа Минтруда России от 31.08.2023 N 689н)

Рабочая программа дисциплины (модуля) составлена:

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

Рабочая программа производственной практики «Клиническая практика/Практика» обсуждена и одобрена на заседании кафедры

1. Цель изучения дисциплины (симуляционного курса)

Дать обучающимся углубленные знания в области неврологии и выработать навыки люмбальной функции, распознавания и оказания помощи при неотложных состояниях при заболеваниях нервной системы.

2. Место дисциплины (симуляционного курса) в структуре ООП

Рабочая программа дисциплины (симуляционного курса) «Симуляционные навыки по неврологии» 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 (симуляционного курса)

Процесс изучения дисциплины (симуляционного курса) 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), соотношенные с индикаторами достижения компетенции	
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Знать	- необходимые лечебно-профилактические мероприятия при неврологических заболеваниях, требующих неотложной помощи (генерализованном эпилептическом приступе, миастеническом кризе, отеке мозга, комы различного генеза)
	Уметь	- выполнять люмбальную пункцию - установить диагноз и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия при неврологических заболеваниях, требующих неотложной помощи - оценить тяжесть состояния больного; определить объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи
	Владеть	- методикой неврологического осмотра
ОПК-5 способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контролировать его эффективность и безопасность.	Знать:	методы лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи, показания к госпитализации.
	Умеет:	Проводить лечение пациентов с неврологической патологией в соответствии со стандартами и протоколами медицинской помощи.

	Владеть:	Навыком ведения и лечения пациентов с неврологическими заболеваниями на амбулаторном и госпитальном этапе, методикой оценки клинических и дополнительных исследований неврологического больного
ПК-1 способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями нервной системы, в том числе при оказании паллиативной помощи.	Знать	-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
	Уметь	- 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, выяснять семейный анамнез, соблюдать нормы санитарно-эпидемиологического режима
	Владеть	-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 устранению 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- просветительной работы

4. Объем дисциплины (симуляционного курса) 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)		0	-	-	-	0
Практическое занятие (ПЗ)		12	-	-	-	12
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)		6	-	-	-	6
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)		Зачет	-	-	-	3
Общий объем	в часах	18	-	-	-	18
	в зачетных единицах	0,5	-	-	-	0,5

5. Содержание дисциплины (симуляционного курса)

Таблица 3

№ раздела	Наименование раздела (симуляционного курса) и тем	Тип и вид симулятора	Формируемые профессиональные умения и навыки	Код индикатора
Общепрофессиональные умения и навыки				
1.	Инструментальные методы исследования	Неврологический молоточек, камертон, игла, набор для определения обоняния и вкуса	Навыки осмотра пациента, выявления основных симптомов, синдромов, отработка алгоритма обследования больного	ОПК-4
Теоретические основы клинической неврологии и методы обследования больных				
2.	Инструментальные методы исследования	Манекены - тренажеры для люмбальной пункции	Уметь осуществлять специфические методы исследования, люмбальную пункции,	ОПК-4
2.1	Физиология и патология системы нервной системы	Стандартизированные пациенты, гипотетические задачи, коллекция учебных препаратов	Уметь осуществлять надлежащий уровень лечения больных в соответствии с современными достижениями медицинской науки и практики; Уметь обеспечивать необходимый уход за больными на основа-	ОПК-4

№ раздела	Наименование раздела (симуляционного курса) и тем	Тип и вид симулятора	Формируемые профессиональные умения и навыки	Код индикатора
			нии принципов лечебно - охранительного режима и соблюдения правил медицинской деонтологии; позапное формирование умений и навыков при оказании помощи при заболеваниях, требующих неотложной помощи (алгоритм действий, применение фармако-терапевтических и иных методов и средств): острые нарушения мозгового и спинального кровообращения, комы различного генеза, черепно-мозговые и спинальные травмы, миастенические кризы, эпилептический приступ и др оформления в установленном порядке медицинских карт стационарных и амбулаторных больных, нормативной документации, принятой в здравоохранении Умение организовать работу персонала, Умение определить критерии эффективности лечебных, профилактических мероприятий при гематологических заболеваниях	

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 (симуляционного курса)

Таблица 6

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
Основная литература		
1	Нервные болезни: учебник/В. А. Парфенов - М.: МИА, 2018. - 494 с. экз.5	
Дополнительная литература		
1	Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики : методические рекомендации : рекомендовано ГБОУ ДПО "Рос. мед. академия последипломного образования" : [для врачей] / под ред. Д.Р. Хасановой, В.И. Данилова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 246 с. – 2 экз.	
2	Дудникова Э.В. Минимальные мозговые дисфункции у детей и подростков : учебно-методическое пособие / Э.В. Дудникова. - Р/на/Д : РостГМУ, 2014. - 95 с. – 1 экз.	
3	Реабилитация после инсульта./А. С. Кадыков - М.: МИА, 2017. - 3 экз.	
4	Реабилитация в неврологии: рук-во/В. А. Епифанов, Епифанов А.В.- М: ГЭОТАР-Медиа,2015. - 408 с. 7экз.	
5	Неотложная неврология: рук-во для врачей и студентов мед. узов./В. Д. Трошин, Т.Г. Погодина - М: МИА, 2016 – 579 с. 5экз.	
6	Миастения и врожденные миастенические синдромы: учебное пособие для неврологов, хирургов и трансфузиологов./Б. В. Агафонов - М: МИА, 2013. - 224 с.	

	2экз.	
7	Левин, Олег Семенович. Полиневропатии : Клиническое руководство для врачей / О.С. Левин. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : МИА, 2016. - 476 с.-1экз.	
8	Медведева, Людмила Анатольевна. Методы локального воздействия при головных болях и краниальных невралгиях :методические рекомендации для врачей,студентов и слушателей ФПО / Л.А.Медведева . - Москва : МЕДпресс-информ,2015. - 39 с.-2экз	
9	Стагниева, Ирина Вениаминовна.Лицевая боль при заболеваниях носа и околоносовых пазух : учебное пособие для врачей, интернов и клин. ординаторов / И.В.Стагниева, Н.В. Бойко ; Рост. гос. мед. ун-т, каф. болезней уха, горла, носа ФПК и ППС.- Ростов-на-Дону : РостГМУ, 2017	
10	Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы : руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. - 3-е изд. – М. : МЕД-пресс-информ, 2015. - 351 с. – 1 экз.	
11	Затолюкина, М. А.Морфогенез изменений параневральных соединительнотканых структур периферических нервов в эволюционном аспекте / М.А.Затолюкина ; под ред. С.Л. Кузнецова ; Кур.гос. мед. ун-т. - Курск, 2016. - 128 с.-1 экз	
12	Черникова, Л. А., ред.Восстановительная неврология: Инновационные технологии в нейрореабилитации : для врачей и студентов мед. вузов / под ред. Л.А. Черниковой. -Москва : МИА, 2016. - 342 с.1 экз.	
13	Боль в спине: диагностика и лечение. рук-во для врачей и студентов мед. вузов./ К. В.Котенко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 527 с. 3 экз.	
14	.Боль в суставах. рук-во для врачей и студентов мед. вузов./ К. В.Котенко — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 550 с. 3 экз.	
15	Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии: издание для врачей./А. А. Скоромец - М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 398 с. 5 экз.	
16	Лекарственная терапия неврологических больных: для врачей и аспирантов./ А. А.Скоромец - М.: МИА, 2017. - 273 с. 5 экз.	
17	Скоромец, Александр Анисимович. Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии : издание для врачей /	

	А.А. Скоромец. - 4-е изд., доп. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 398 с.	
18	Нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность здравоохранения по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций мирного времени, определяющие работу в период мобилизации и в военное время: информац. - справ. материалы / сост.: Ю.Е. Барачевский, Р.В. Кудасов, С.М. Грошилин ; - Ростов-н/Д : РостГМУ, 2014. - 108 с.	
19	Словарь-справочник терминов и понятий в области эпидемиологии чрезвычайных ситуаций: для врачей, ординаторов и студентов / Г.М. Грижебовский, А.Н. Куличенко, Е.И. Еременко [и др.] ; Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова. - Санкт-Петербург: ФОЛИ-АНТ, 2015. - 262, [1] с. Библиогр.: с. 261-263.	
20	Неврология. Том 1 : Национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. – 2-е изд., Перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 877 с.	
21	Руденская, Галина Евгеньевна. Наследственные нейрометаболические болезни юношеского и взрослого возраста : Для врачей / Г.Е. Руденская, Е.Ю. Захарова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 392 с.	
22	Скоромец, Александр Анисимович. Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии : для врачей / А.А. Скоромец. – 4-е изд., доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 399 с.	
23	Балязин-Парфенов, Игорь Викторович. Избранные вопросы неврологии, медицинской генетики : учебное пособие для студентов мед. 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.	
24	Гусев, Евгений Иванович. Спастичность : клиника, диагностика и комплексная реабилитация с применением ботулинотерапии : для врачей, ординаторов и студентов мед. Вузов / Е.И. Гусев, А.Н.	
25	Бойко, Е.В. Костенко. – 2-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 288 С. : ил. – (Библиотека врача-специалиста. Неврология).	
26	Неврология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник : для врачей / сост. А.И. Муртазин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 816 с. – (Стандарты медицинской помощи).	

27	Кадыков, Альберт Серафимович. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия : для врачей и студентов мед. вузов / А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шахпаронова. – 4-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 277 с. (Библиотека врача-специалиста. Неврология).	
28	Скоромец, Александр Анисимович. Атлас клинической неврологии : пособие для врачей, студентов, интернов и клинических ординаторов / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 2-е изд., перераб. И доп. – Москва : МИА, 2020. – 432 С.	
29	Тактика врача-невролога : практическое руководство : для врачей, ординаторов и студентов медицинских вузов / под ред. М. А. Пирадова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 206 с.	
30	Гудфеллоу, Джон. Обследование неврологического больного = Pocket tutor neurological examination : Руководство : [для врачей и студентов медицинских вузов] / Д. А. Гудфеллоу ; пер. С англ. Под ред. В. В. Захарова. – 2-изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 223, [1] с. :	
31	Ульрих, Эдуард Владимирович. Вертебральная патология в синдромах : [для врачей-ортопедов, неврологов и нейрохирургов] / Э. В. Ульрих, А. Ю. Мушкин, А. В. Губин. – Новосибирск : Костюкова, 2016. – 219 с.	
32	Паранеопластические синдромы в неврологии : учебное пособие : для врачей и студентов медицинских вузов / З. А. Гончарова, О. В. Милованова, И. А. Сафонова [и др.] ; Рост. Гос. Мед. Ун-т, каф. Нерв. болезней и нейрохирургии. – Москва : Изд-во Знание-М, 2023. – 108 с.	
33	Внутренние болезни по Дэвидсону. В 5 томах. Том 4. Неврология. Психиатрия. Офтальмология. Инсульт = Principles and Practice of Medicine : для врачей и студентов медицинских вузов / под ред. С. Г. Рэлстона, Й. Д. Пенмэна, М. В. Дж. Стрэгэна, Р. П. Хобсона ; пер. с англ. Под ред. В. В. Фомина, Д. А. Напалкова. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 414 с.	
34	Дубатова, Ирина Владимировна. Эпилепсия : учебно-методическое пособие для студентов / Дубатова И.В., Ефремов В.В. ; под ред. В.Г. Заики ; Рост. Гос. Мед. Ун-т, каф. Психиатрии, каф. Нервных болезней и нейрохирургии. – Ростов-на-Дону : РостГМУ, 2015. – 123 с.	
35	Дубатова, Ирина Владимировна. Эпилепсия и эпилептические синдромы : учебное пособие для интернов, клинических ординаторов и аспирантов / И.В. Дубатова, В.В. Ефремов ; под ред. В.Г. За-	

	ики ; Рост. Гос. Мед. Ун-т, каф. Психиатрии, каф. Нервных болезней и нейрохирургии. – Ростов-На-Дону : РостГМУ, 2016. – 224 с.	
36	Рогачева, Татьяна Анатольевна. Лечение эпилепсии : инновационные технологии : для врачей и студентов медицинских вузов / Рогачева Т. А. – Москва : МИА, 2019. – 369 с.	
37	Кадыков, Альберт Серафимович. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия : для врачей и студентов мед. вузов / А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шахпаронова. – 4-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 277 с. - (Библиотека врача-специалиста. Неврология).	
38	Атлас МРТ- и МСКТ-изображений нейрохирургической патологии головного мозга и позвоночника : учебное наглядное пособие : [для врачей и студентов медицинских вузов] / П. Г. Шнякин, А. В. Протопопов, И. С. Усатова [и др.]. – Красноярск : Версо, 2021. - 255 с.	
39	Медицина боли = Pain medicine : для врачей, аспирантов, ординаторов и студентов медицинских вузов / под ред. С. М. Хайека, Б. Дж. Шаха, М. Дж. Десаи, Т. К. Челимски ; пер.с англ. Под. Ред. А. Б. Данилова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 453	
40	Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы : для врачей и студентов медицинских вузов / под ред. О.С. Левина, В.Н. Штока. – 3-е изд., перераб. И доп. – Москва : МИА, 2019. – 520 С.	
41	Александровский, Юрий Анатольевич. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – 5-е изд., перераб. И доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 546 с. (Библиотека врача-специалиста. Психиатрия).	
42	Можгинский, Юрий Борисович. Психические болезни у детей и подростков : руководство для врачей : для врачей, клинических ординаторов, интернов и студентов медицинских вузов / Ю. Б. Можгинский. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 294 с. (Руководство для врачей).	
43	Синельников, Рафаил Давидович. Атлас анатомии человека. В 3 томах. Том 3. Учение о нервной системе и органах чувств : учебное пособие : для студентов медицинских вузов / Р. Д. Синельников, Я. Р. Синельников, А. Я. Синельников ; под общ. Ред. А. Г. Цыбулькина. – 7-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 315 с. :	
44	Герасимов, Андрей Александрович. Восстановление функций периферических нервов и спинного мозга внутритканевой электро-	

	стимуляцией позвоночника : Монография : для врачей / А. А. Герасимов ; Урал. Гос. Мед. Ун-т. – Екатеринбург : Изд. Дом «Ажур», 2021. – 102 с.	
45	Идиопатические воспалительные демиелинизирующие заболевания нервной системы : учебное пособие : для врачей и студентов медицинских вузов / З. А. Гончарова, Ю. Ю. Погребнова, Салах М. М. Сейхвейл [и др.] ; Рост. Гос. Мед. Ун-т, Каф. Нерв. Болезней и нейрохирургии. – Москва : Изд-во Знание-М, 2022. – 142 с.	

Перечень ресурсов сети «Интернет»

Таблица 7

№ п/п	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен
2.	Консультант студента : ЭБС. – Москва : ООО «ИПУЗ». - URL: http://www.studmedlib.ru	Доступ неограничен
3.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : ЭБС. – Москва : ООО ГК «ГЭОТАР». - URL: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
4.	UpToDate : БД / Wolters Kluwer Health. – URL: www.uptodate.com	Доступ неограничен
5.	Консультант Плюс : справочная правовая система. - URL: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров университета
6.	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
7.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
8.	Scopus / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL: http://www.scopus.com/ (Нацпроект)	Доступ неограничен
9.	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://apps.webofknowledge.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
10.	MEDLINE Complete EBSCO / EBSCO. – URL: http://search.ebsco-host.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
11.	ScienceDirect. Freedom Collection / Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
12.	БД издательства Springer Nature. - URL: http://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
13.	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ с компьютеров университета
14.	Единое окно доступа к информационным ресурсам. - URL: http://window.edu.ru/	Открытый доступ
15.	Российское образование. Федеральный образовательный портал. - URL: http://www.edu.ru/index.php	Открытый доступ
16.	ENVOC.RU English vocabulary]: образовательный сайт для изучающих англ. яз. - URL: http://envoc.ru	Открытый доступ

17.	Словари онлайн. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
18.	WordReference.com : онлайнные языковые словари. - URL: http://www.wordreference.com/enru/	Открытый доступ
19.	История.РФ. - URL: https://histrf.ru/	Открытый доступ
20.	Юридическая Россия : федеральный правовой портал. - URL: http://www.law.edu.ru/	Открытый доступ
21.	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
22.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru	Открытый доступ
23.	Medline (PubMed, USA). – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Открытый доступ
24.	Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
25.	Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com/	Открытый доступ
26.	International Scientific Publications. – URL: https://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
27.	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
28.	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://archive.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
29.	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа ElPub НЭИКОН. – URL: https://elpub.ru/	Открытый доступ
30.	Медицинский Вестник Юга России. - URL: https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ	Открытый доступ
31.	Всемирная организация здравоохранения. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
32.	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей. – URL: https://www.evrika.ru/	Открытый доступ
33.	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	Открытый доступ
34.	Univadis.ru: международ. мед. портал. - URL: http://www.univadis.ru/	Открытый доступ
35.	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине. - URL: http://doctor-spb.ru/	Открытый доступ
36.	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
37.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: http://cr.rosminzdrav.ru/#!/	Открытый доступ
38.	Образование на русском : портал / Гос. ин-т русс. яз. им. А.С. Пушкина. - URL: https://pushkininstitute.ru/	
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	Открытый доступ

10. Кадровое обеспечение реализации дисциплины (симуляционного курса)

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

11. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (симуляционного курса)

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

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине являются занятия практического занятия, самостоятельная работа обучающегося и прохождение контроля под руководством преподавателя.

Учебный материал по дисциплине (симуляционного курса) разделен на 2 раздела:

Раздел 1. Общепрофессиональные умения и навыки

Раздел 2. Теоретические основы клинической неврологии и методы обследования больных

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

Текущий контроль успеваемости по дисциплине 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 (симуляционного курса)

Помещения для реализации программы дисциплины (симуляционного курса) представляют собой учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа,

практических занятий, 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 симуляторами для отработки практических навыков (виртуальные тренажеры, роботы-пациенты и манекенов, муляжей, медицинских тренажеров и т.д.), 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.

Минимально необходимый для реализации программы дисциплины перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе аудитории, с специальным обдуванием и иными средствами, позволяющим 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.

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

Программное обеспечение:

1. Учебно-лабораторное оборудование. Ростов н/Д, ул.Суворова, 19, 1 этаж, симуляционный центр. Тренажер для отработки навыков люмбальной пункции младенцев, стол, стулья, Манекен СЛР «ResusciAnne» Реанимационный торс с индикатором правильности навыков, Манекен «LittleAnne» Артикул: W19646, Аускультативный тренажер с виртуальным стетоскопом с возможностью проведения интубации (манекен ребенка 5 лет), Модель для обучения назогастральной интубации, Тренажер для освоения методик восстановления проходимости дыхательных путей, Имитатор для обучения внутривенным, подкожным, В/М, В/В инъекциям, Имитатор для обучения катетеризации, женской, Имитатор для обучения катетеризации, мужской, Акушерский фантом имитации родов О.В., Имитатор родов с родовым механизмом NOELLE

2. Технические и электронные средства.

Представлены лекциями, проводимыми с помощью мультимедийных обучающих презентаций для помощи преподавателю, которые позволяют удобно и наглядно представить материал, учебные видеоматериалы представляют собой подборку учебных видеозаписей, соответствующих лекционному и практическому кур-

су, способствуют лучшему пониманию учебного материала за счет повышения информационной плотности, степени восприятия, эмоциональной насыщенности, комплекты демонстрационных учебных плакатов, наглядных пособий, подобранные по темам учебных программ, использование которых предусмотрено методической концепцией преподавания)

3. Материально-техническое обеспечение практики

Ростов н/Д, ул.Суворова, 19, 1 этаж, симуляционный центр. Помещения укомплектованы специализированной учебной мебелью, мультимедийный презентационный комплекс

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

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

Кафедра неврологии и восстановительной медицины с курсом остеопатии

**Оценочные материалы
текущей и промежуточной аттестации
по дисциплине симуляционный курс
по специальности 31.08.42 Неврология**

Специальность 31.08.42 Неврология

1. Форма промежуточной: экзамен
2. Вид промежуточной аттестации практические навыки, ситуационные задачи
3. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина

Код компетенции	Содержание компетенций (результаты освоения ООП)	Содержание элементов компетенций, в реализации которых участвует дисциплина
ОПК 4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Осмотр, сбор жалоб, анамнеза жизни пациента и составление плана обследования при заболеваниях нервной системы ОПК-4.2 Интерпретация результатов обследования и установка диагноза с учетом МКБ и клинических рекомендаций
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Разрабатывает план лечения и назначает лекарственных препаратов и других методов лечения согласно стандартам и клиническим рекомендациям учитывая эффективность и безопасность применения при заболеваниях нервной системы ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность применения различных методов лечения, а также профилактирует осложнений, побочные действия, нежелательные реакции в результате диагностических или лечебных действий
ПК-1	Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические прото-	ПК-1.1 Применяет клинические рекомендации, стандарты и протоколы в диагности-

	колы в диагностики и лечении пациентов с заболеваниями нервной системы, в том числе при оказании паллиативной помощи	ке 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.
--	--	---

4. Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Знать	- необходимые лечебно-профилактические мероприятия при неврологических заболеваниях, требующих неотложной помощи (генерализованном эпилептическом приступе, миастеническом кризе, отеке мозга, комы различного генеза)
	Уметь	- выполнять люмбальную пункцию - установить диагноз и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия при неврологических заболеваниях, требующих неотложной помощи - оценить тяжесть состояния больного; определить объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи
	Владеть	- методикой неврологического осмотра
ОПК-5 способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контролировать его эффективность и безопасность.	Знать:	<i>методы лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи, показания к госпитализации.</i>

	Умеет:	Проводить лечение пациентов с неврологической патологией в соответствии со стандартами и протоколами медицинской помощи.
	Владеть:	Навыком ведения и лечения пациентов с неврологическими заболеваниями на амбулаторном и госпитальном этапе, методикой оценки клинических и дополнительных исследований неврологического больного
ПК-1 способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями нервной системы, в том числе при оказании паллиативной помощи.	Знать	-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
	Уметь	- 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, выяснять семейный анамнез, соблюдать нормы санитарно-эпидемиологического режима
	Владеть	-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 устранению 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-просветительной работы
--	--	--

6. Текущий контроль

ОПК 4, ОПК 5, ПК 1

Практические навыки

1. Методика проведения неврологического осмотра
2. Методика исследования поверхностной и глубокой чувствительности
3. Методика исследования пирамидной системы. Признаки центрального и периферического паралича.
4. Методы исследования черепных нервов.
5. Альтернирующие синдромы.
6. Центральный и периферический типы расстройства мочеиспускания.
7. Методика диагностики поражения сплетений периферических нервов.
8. Обследование пациента с патологией экстрапирамидной системы
9. Обследование пациента с атаксией
10. Обследование пациента с патологией функции зрения
11. Обследование пациента с патологией вегетативной нервной системы
12. Высшая нервная деятельность и ее исследование
13. Обследование пациента с патологией ликвороциркуляции
14. Менингеальные симптомы и их выявление, интерпретация состава СМЖ.
Состав СМЖ в норме: цитоз, содержание белка, глюкозы, хлоридов, молочной кислоты.
15. Техника выполнения люмбальной пункции
16. Выполнение люмбальной пункции
17. Проведение неврологического осмотра
18. Оценка уровня сознания пациента
19. Алгоритм оказания неотложной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения
20. Осмотр пациента без сознания
21. Купирование миастенического криза
22. Алгоритм оказания неотложной помощи при остром нарушении спинального кровообращения
23. Оказание неотложной помощи у пациентов с черепно-мозговой травмой
24. Оказание неотложной помощи у пациентов со спинальной травмой
25. Купирование эпилептического приступа, эпилептического статуса
26. Оказание неотложной помощи при отеке мозга

8.Промежуточная аттестация

Практические навыки

Ситуационные задачи

ОПК-4

Задача №1

Больной Ю. доставлен в клинику в крайне тяжелом состоянии. Со слов родственников – страдал артериальной гипертензией с юношеских лет. 7 дней назад внезапно, потеряв сознание, упал в квартире. Подняться самостоятельно не смог из-за слабости в правых конечностях. С того же дня – речевые нарушения.

Осмотрен на дому невропатологом, госпитализирован в местную больницу, на 2 день выполнена люмбальная пункция. Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный реакция Панди +, белок – 0,3 г/л, цитоз – 5 клеток (лимфоциты).

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного продолжало ухудшаться и после консультации нейрохирурга на 7-й день переведен в клинику.

При поступлении выявлены правосторонняя гемиплегия, моторная афазия, выраженные общемозговые симптомы. Выполненная ЭхоЭГ выявила смещение срединных структур слева направо на 9-10 мм.

Вопросы:

1. Обоснуйте топический и клинический диагноз?
2. Правильной ли была тактика врача на I этапе? Если нет, то постарайтесь изложить Вашу.

Ответы:

1. У больного геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с интрацеребральной гематомой.
2. Выполненная люмбальная пункция могла вызвать синдром дислокации с вклинением ствола, т.к. при ЭхоЭГ выявлено смещение срединных структур на 9-10 мм. Поэтому правильное решение заключается в госпитализации больного в многопрофильный стационар для дообследования (ЭхоЭС, РКТ и т.д.) и оказания специализированной помощи.

Задача №2

Больной, 75 лет, длительно страдает артериальной гипертензией. Неделю назад, после подъема АД до 180/100 мм.рт.ст., возникли жалобы на онемение левой половины тела. По скорой помощи поступил в приемное отделение.

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

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту? Обоснуйте их.
3. Укажите, консультации специалистов, необходимые при данной патологии, определите их цель?
4. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике для данного пациента?

Ответы:

1. Ишемический инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии с формированием лакунарного инфаркта в правом таламусе на фоне гипертонической болезни; изолированная гемипарезия слева.
2. 1.Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутричерепного кровоизлияния.
2.ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).
3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.

4.Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, К крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

5. МРТ головного мозга (первые 3 суток) – для подтверждения наличия очага ишемии.
3. 1. Консультация кардиолога для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, подбора антигипертензивной терапии.
2. Консультация психотерапевта и психолога - для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.
4. 1.Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний.
2.Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).

3.Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики).

4.Статины - с гиполипидемической целью.

5.Антиагреганты, антикоагулянты.

5. 1. Изменение образа жизни: диета с ограничением соли и насыщенных жиров, обогащенная клетчаткой, отказ от вредных привычек, регулярная физическая активность.

2. Контроль уровня АД, ЧСС.

3. Назначение антигипертензивной терапии.

4. Назначение антитромботической терапии (антиагреганты, антикоагулянты).

5. Назначение гиполипидемической терапии (статины).

Задача №3

Больная, 73 года, поступила в приемное отделение в 17:00 с жалобами на: слабость и онемение в правой руке, асимметрию лица.

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

При осмотре в приемном отделении дежурным неврологом выявлены: элементы моторной афазии, асимметрия лица в виде сглаженности носогубной складки, опущения угла рта справа, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексы с рук живые D>S, с расширением рефлексогенных зон, с ног – живые, D=S. Мышечный тонус в правой руке повышен по спастическому типу. Мышечная сила в правой руке - 2 балла. Положительные симптомы орального автоматизма. Чувствительных расстройств нет. Менингеальных и патологических стопных знаков нет. Тазовые функции не нарушены.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту? Обоснуйте их.
3. Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?
4. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
5. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

Ответы:

1. Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, кардиоэмболический патогенетический подтип по TOAST. Элементы моторной афазии. Брахиоцефальный синдром справа.

2. 1. Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутримозгового кровоизлияния.

2. ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).

3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.

4. Троп-тест (экстренно) - для исключения кардиальной патологии (инфаркт миокарда).

5. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, K крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

6. МРТ головного мозга (первые 3 суток) – для подтверждения наличия очага ишемии.

3. 1. Консультация кардиолога для подтверждения кардиоэмболической природы инсульта (инфаркт миокарда), подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии.

2. Консультация логопеда для коррекции речевых расстройств.

3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

4. Консультация кинезиотерапевта - для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК.

5. Консультация эрготерапевта - для максимальной социальной и бытовой адаптации.

4. 1. Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний.

2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).

3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики).

4.Статины - с гиполипидемической целью.

5.Антикоагулянты, антиагреганты (инфаркт миокарда является противопоказанием к проведению тромболитической терапии).

5. 1.Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом, логопедом.

2.Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

3.Ботулинотерапия, с целью коррекции постинсультной спастичности.

4.Физиотерапия - после острого периода инсульта.

Задача №4

Больной Н., 63 года, длительно страдает артериальной гипертензией. После подъема АД до 210/100 мм рт.ст. остро возникла головная боль в затылочной области, тошнота, однократная рвота, шаткость при ходьбе, головокружение. Доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение.

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

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту, обоснуйте их.
3. Укажите, консультации специалистов, необходимые при данной патологии, определите их цель.
4. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его.
5. Составьте программу реабилитации для данного пациента.

Ответы:

1. Геморрагический инсульт с кровоизлиянием в правое полушарие мозжечка, вследствие гипертонической болезни III степени. Общемозговой синдром. Парез мимической мускулатуры по периферическому типу справа. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Правосторонняя гемиатаксия.
2. 1.Выполнение КТ головного мозга (экстренно, первые 45 минут) - для исключения внутримозгового кровоизлияния.
2. ТКДС и УЗИ БЦА (с целью исключения гемодинамически значимых стенозов сосудов на интра- и экстракраниальном уровне).
3. ЭхоКГ, ЭКГ - с целью исключения тромбов, патологии клапанов, дефекта МЖП.

4. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза крови, Na, К крови) - для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).

3. 1. Консультация нейрохирурга cito – для решения вопроса об оперативном лечении.

2. Консультация кардиолога для подбора терапии сопутствующей кардиальной патологии (артериальной гипертензии).

3. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

4. Консультация кинезиотерапевта – для разработки и проведения индивидуального комплекса ЛФК, коррекции дисфагии.

5. Консультация эрготерапевта – для максимальной социальной и бытовой адаптации.

6. Консультация логопеда – для коррекции дизартрии и дисфагии.

4. 1. Удаление гематомы путем хирургического вмешательства.

2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).

3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики) – для профилактики развития повторных сосудистых событий.

4. Борьба с гипертензионным синдромом (возвышенное положение головного конца, осмодиуретики, оксигенотерапия, гипертонический раствор натрия хлорида, седация (барбитураты, кетамин, пропофол), хирургически – декомпрессионная краниотомия).

5. 1. Ранняя реабилитация: ранняя вертикализация, занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.

2. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

3. Физиотерапия – после острого периода инсульта.

4. Работа с кинезиологом, эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

Задача №5

У пациентки К., 25 лет, после интенсивной тренировки возникла острейшая головная боль, тошнота, рвота, двоение при взгляде вправо, психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания. Доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи.

При осмотре: сонлива, на вопросы отвечает односложно, с запозданием. Лицо гиперемировано. АД при измерении 190/100 мм.рт.ст. При осмотре

ре: расходящееся косоглазие слева. Положительные симптомы Бехтерева слева, Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите обязательные экстренные методы исследования, необходимые данному пациенту, обоснуйте их?
3. Укажите консультации специалистов, необходимых при данной патологии, определите их цель?
4. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?
5. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

Ответы:

1. Субарахноидальное кровоизлияние, вследствие разрыва аневризмы левой задней соединительной артерии. Общемозговой синдром. Парез левого глазодвигательного нерва.
2. 1. Выполнение КТ головного мозга и КТ-ангиография – для подтверждения субарахноидального кровоизлияния и визуализации его источника.
2. Транскраниальная доплерография – для определения локализации сосудистого спазма и динамики его развития.
3. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, АлТ, АсТ, билирубин, глюкоза крови) – для выявления сопутствующей соматической патологии (экстренно).
4. МРТ головного мозга – для исключения очага ишемии, определения динамики субарахноидального кровоизлияния в подостром и хроническом периодах.
5. ЭхоКГ, ЭКГ - для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, диагностики сопутствующей кардиальной патологии (инфаркт миокарда).
6. Люмбальная пункция – для подтверждения наличия субарахноидального кровотечения.
3. 1. Консультация нейрохирурга – для решения вопроса об оперативном лечении.
2. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.
3. Консультация эрготерапевта – для максимальной социальной и бытовой адаптации.
4. Консультация кардиолога – для коррекции уровня АД.
4. 1. Оперативное лечение - с целью исключения аневризмы из работы системного кровотока.
2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
3. Антигипертензивные препараты (преимущественно блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) – для профилактики развития повторных сосудистых событий, снижения уровня АД.

4. Инфузии 2,5 л физиологического раствора в сутки - с целью профилактики гиповолемии.
5. Коллоидные растворы – с целью гемодилюции.
5. 1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.
2. Физиотерапия – после острого периода инсульта.
3. Работа с эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

Задача №6

Юноша 17 лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в стопах ("ощущение поролона под подошвами"). За 3 дня до поступления в стационар утром появились онемение и боли в ногах, постепенно присоединилась слабость в ногах, затем – в руках, позже – в мимических мышцах лица. За 2 недели до госпитализации отмечались насморк и першение в глотке, что на приеме у терапевта в поликлинике было расценено как проявления острой респираторной вирусной инфекции.

При осмотре: Слабость мимических мышц слева, глотание и фонация не нарушены, глоточные рефлексы живые, слабость в ногах до 2-х баллов, в руках – до 3-х баллов, мышечная гипотония, глубокие рефлексы с рук и ног не вызываются, положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по полиневритическому типу. Средняя степень тяжести – 3 стадия по Североамериканской шкале тяжести двигательного дефицита.

Вопросы:

1. Топический диагноз?
2. Наиболее вероятный диагноз? Его обоснование.
3. Составьте план обследования пациента?
4. Определите тактику ведения пациента?

Ответ:

1. Поражение периферических нервов верхних и нижних конечностей и левого лицевого нерва демиелинизирующего характера.

2. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (синдром Гийена-Барре), умеренно выраженный периферический тетрапарез, нарушение чувствительности, умеренно тяжелое течение.

Диагноз синдрома Гийена-Барре установлен на основании нарастающей слабости в ногах и руках, прозопареза, боли и онемения в стопах, данных анамнеза – наличие катаральных проявлений со стороны верхних дыхательных путей, предшествовавших развитию неврологических симптомов и выявленных при осмотре периферического тетрапареза, прозопареза слева, нарушений поверхностной и глубокой чувствительности в ногах по полиневритическому типу.

3. Пациенту рекомендовано: проведение ЭКГ с целью диагностики поражения вегетативного аппарата сердца, исследование ликвора с целью выявле-

ния белково-клеточной диссоциации, проведение электронейромиографии с целью выявления признаков демиелинизирующего процесса или аксональной дегенерации.

4. Патогенетически обоснованной терапией при тяжелом и средней тяжести синдроме Гийена-Барре (3-5 стадия по Североамериканской шкале тяжести двигательного дефицита) является проведение плазмафереза № 3-6 с целью удаления из организма плазмы крови без удаления форменных элементов крови и замещения плазмы кровозаменяющими жидкостями с удалением при этом с плазмой антител, иммунных комплексов, медиаторов воспаления или введение внутривенного иммуноглобулина по 0,4 г/кг № 5, оказывающего противовоспалительное воздействие при иммунном воспалении.

Базовая терапия включает контроль жизненно важных функций, профилактику тромбоза глубоких вен голеней, инфекционных осложнений, пролежней, контрактур, компрессионных нейропатий, лечение болевого синдрома, нейрометаболические препараты, при необходимости – проведение ИВЛ.

Задача №7

Женщина 53 лет, по дороге в магазин поскользнулась на гололеде, упала навзничь, ударилась головой об асфальт. Утратила сознание на несколько секунд, плохо помнит, как вышла из подворотни. Была однократная рвота. Доставлена службой скорой помощи в ближайшую больницу. Жалуется на головную боль, головокружение.

При осмотре: сознание ясное, подкожная гематома в задней теменной области. Очаговой и менингеальной симптоматики не определяется. На краниограммах костной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Осмотр каких специалистов нужен в данном случае?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Предложите тактику лечения?

Ответ:

1. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга.
2. Невролога, хирурга, терапевта, офтальмолога.
3. КТ или МРТ головного мозга. Обследования необходимые для исключения сочетанной травмы.
4. Постельный режим до 7-14 дней. Лечение симптоматическое: анальгетики, транквилизаторы

Задача №8

Мужчина 50 лет, был избит и ограблен двумя неизвестными. Терял сознание. Точно сказать, сколько времени находился без сознания, не может. Не помнит людей на улице, которые оказывали ему первую доврачебную по-

мощь. Был доставлен в стационар службой скорой помощи, которую вызвали прохожие.

При поступлении сознание ясное, пациент растерян. Испытывает затруднения при произношении слов, речь замедленная. Имеются множественные ушибы и ссадины на лице и на волосистой части головы. Определяется шаткость походки.

При неврологическом осмотре выявляется акцент рефлексов справа, сглаженность правой носогубной складки. Менингеальной симптоматики нет. На рентгенограммах черепа костной патологии не выявляется.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения?

Ответ:

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга легкой степени.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, при повышении ВЧД – диуретики, симптоматическое лечение-анальгетики, транквилизаторы.

Задача №9

Женщина, 39 лет, доставлена в больницу скорой помощи. Известно, что наблюдается у невролога по поводу эпилепсии, принимает антиконвульсанты. На фоне самовольной отмены препаратов развился большой судорожный припадок, во время которого ударилась головой о бордюр тротуара. Сообщила, что страдает эпилепсией с 14 лет. Правильно назвала препараты, которые принимает в связи с основным заболеванием.

При осмотре: заторможена, на вопросы отвечает с некоторой задержкой. Имеется ушибленная рана в правой теменной области, проникающая до кости. При первичной хирургической обработке раны визуализируется перелом правой теменной кости, который подтверждается на рентгенограммах черепа.

В неврологическом статусе выявлены менингеальные симптомы, акцент глубоких рефлексов слева, левосторонний симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения?

Ответ:

1. ОЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Перелом правой теменной кости.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.

3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

Задача №10

Молодой человек, 23 года, поступил в приемный покой ночью. Обстоятельства травмы не известны. Самостоятельно добрался до дома, но не помнит как. Не помнит, сколько времени находился без сознания. Доставлен в стационар скорой помощью. При осмотре растерян, частично дезориентирован, не интересуется окружающим, повторяет одни и те же вопросы. В приемном покое была многократная рвота. Имеются кровянистые выделения из носа. Определяется парез в правой руке, сухожильные рефлексы повышены справа, правосторонний симптом Бабинского, симптом Кернига, ригидность затылочных мышц. На КТ обнаружены небольшие очаги размозжения в левых лобной и височной долях. В режиме «костного окна» выявлен перелом основания передней черепной ямки. На третьи сутки отмечено появление «отцветающих» параорбитальных гематом.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения?

Ответ:

1. ОЧМТ. Перелом костей передней черепной ямки. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.
2. ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

Задача №11

Мужчина, 35 лет. На производстве упал со стремянки, ударился головой. Придя домой, рассказал о случившемся жене. Так как впереди намечались выходные дни, за медицинской помощью обращаться не стал, сославшись на то, что «отлежится» дома. Жаловался на головную боль, по поводу чего принял «обезболивающее» и лег спать. Жена допоздна «засиделась» у соседки, а вернувшись домой, обнаружила мужа лежащим без сознания на полу. В 2 ч 15 мин был доставлен в стационар вызванной скорой помощью. При поступлении – кома I, правосторонний гемипарез, анизокория S>D. Эхо-энцефалоскопия – смещение М- эха слева направо 10 мм. На краниограммах обнаружен перелом затылочной кости справа.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения?

Ответ:

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением. Острая субдуральная гематома. Перелом затылочной кости справа.
2. ЛП.
3. Хирургическое лечение.

Задача №12

Пациентка, 37 лет, обратилась к неврологу с жалобами на слабость и повышенную утомляемость мышц, периодическое двоение в глазах, замедление активных движений. Вышеуказанные жалобы нарастают при физической нагрузке и к концу дня. Состояние улучшается после сна или отдыха.

Из анамнеза известно: считает себя больной в течение 3 лет, когда на последних месяцах беременности появилась слабость в нижних конечностях. После родов состояния ухудшилось, постепенно присоединились вышеуказанные жалобы.

При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована. Глазодвижение не нарушено, прямая и содружественная реакция зрачка на свет, конвергенцию и аккомодацию сохранена, периодическая диплопия. Положительный тест опущения верхних век. Слабость мимической мускулатуры. Глоточные рефлексы средней живости. Речь, глотание не нарушены. Язык по средней линии. Отмечаются феномены патологической мышечной утомляемости, генерализации мышечной слабости. Мышечная сила в конечностях снижена до 3,5 баллов. Мышечный тонус в руках слегка снижен. Сухожильные рефлексы с конечностей живые D=S, без расширения рефлексогенных зон. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. В позе Ромберга легкая шаткость без сторонности. Менингеальной симптоматики нет. Тазовые функции не нарушены.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите методы исследования, необходимые для постановки диагноза и обоснуйте их?
3. Составьте план лечения для данного пациента?
4. Через 2 года от первичного обращения к неврологу, на фоне ОРВИ и фебрильной температуры, в течение нескольких часов резко выросла выраженность генерализованной мышечной слабости, гнусавость голоса, поперхивание, затруднения дыхания. При осмотре: Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована. Диплопия, птоз. Слабость мимической мускулатуры. Дисфония, дисфагия. Выраженные дыхательные расстройства. Мышечная сила в конечностях снижена до 1,5 баллов. Мышечные фасцикуляции отсутствуют. АД=100/60 мм.рт.ст, ЧСС = 81 уд.в мин., ЧДД = 36 в минуту. Опишите тактику ведения пациентки и обоснуйте ее.
5. Среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 4242080 человек. В течение года в лечебно-профилактических учре-

ждениях всего зарегистрировано 22 случая с диагнозом «миастения», установленным впервые в жизни. Рассчитайте показатель первичной заболеваемости и сравните его со среднестатистическим показателем (0,0053 ‰).

Ответы:

1. Миастения, генерализованная, умеренно прогрессирующая форма.
2. 1.Прозериновая проба – для подтверждения снижения холинергической передачи в нервно-мышечном синапсе.
2. Электронейромиография – для подтверждения нарушения нервно-мышечной передачи.
3. КТ или МРТ переднего средостения - для исключения опухоли вилочковой железы (тимомы).
4. Определение антитела к рецепторам ацетилхолина.
5. Антитела к рецепторам ацетилхолина – для подтверждения аутоиммунного генеза миастении и обоснования нарушения нервно-мышечной передачи.
6. Иммунограмма 2 типа – для оценки состояния иммунной системы, вовлеченности в аутоиммунный процесс.
3. 1.Препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу: антихолинестеразные препараты (прозерин, калимин, ипидакрин), препараты калия (калия хлорид) и калийсберегающие средства (спиронолактон)
2. Препараты, воздействующие на иммунную систему: иммунодепрессанты (азатиоприн), глюкокортикостероиды, с целью уменьшения активности аутоиммунного процесса.
3. Тимэктомия – при визуализации тимомы по данным СКТ или МРТ, для этиотропного лечения
4. У пациентки имеет место миастенический криз, развившийся на фоне ОРВИ и лихорадки. Рекомендовано:
 1. Госпитализация в отделение реанимации или палату интенсивной терапии;
 2. Интубация – для обеспечения проходимости дыхательных путей и предотвращения аспирации;
 3. Перевод на ИВЛ – для борьбы с гипоксемией и гиперкапнией;
 4. Препараты, улучшающие нервно-мышечную передачу: антихолинестеразные препараты (прозерин, калимин, ипидакрин), препараты калия (калия хлорид) и калийсберегающие средства (спиронолактон);
 5. Плазмаферез, применение иммуноглобулинов нормальных человеческих, внутривенное введение глюкокортикостероидов – для снижения активности аутоиммунного процесса.

5. Для расчета показателя первичной заболеваемости используется формула: число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболевания/среднегодовая численность населения $\times 1000$.

По данным расчета, первичная заболеваемость миастенией в данном регионе составляет 0,0051‰, что практически равно среднестатистическому показателю.

Задача 13

Женщина 28 лет, после медицинского аборта, стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век. Обратилась к неврологу. При неврологическом осмотре: 2х сторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие пробы необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Предложите тактику лечения.
5. Возможные исходы заболевания?

Ответ:

1. Миастения. Глазная форма (класс I).
2. Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость (фиксированный взгляд вверх), фармакологическую пробу (с прозеринном).
3. ЭНМГ, уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам, МРТ средостения (для выявления тимомы).
4. Антихолинэстеразные препараты (пролонгированного действия – калимин), кортикостероиды, цитостатики, тимэктомия.
5. Тяжесть и исход заболевания зависят от степени компенсации миастенических симптомов после введения АХЭП. Прогностически неблагоприятным фактором являются большие дозы АХЭП в дооперационном периоде (10-20 стандартных доз в сутки) и относительная «прозеринорезистентность». Возможно усугубление птоза, глазодвигательных расстройств и генерализация процесса.

Задача №14

Больная К., 35 лет, жалуется на быструю утомляемость жевательной мускулатуры и мышц век («во второй половине дня я не могу открыть глаза, они закрываются и все...»). Впервые обратила внимание на наличие признаков заболевания на приеме у стоматолога, когда выяснилось, что не может долго сидеть с открытым ртом из-за слабости жевательных мышц.

В неврологическом статусе: полуптоз с двух сторон и слабость жевательной мускулатуры. Явных признаков поражения центральной и периферической нервной системы не выявлено. После выполнения нагрузочных проб (присесть и подняться 20 раз) выявилась слабость круговых мышц глаз, мышц, поднимающих верхнее веко, жевательной мускулатуры. Прозериновая проба быстро привела к полному восстановлению утраченных функций.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Признаки какого заболевания имеются у больного?
4. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Назначить лечение и определить прогноз.

Ответ:

1. Синдром мышечной слабости и патологической мышечной утомляемости.
2. Поражение мышечных ацетилхолиновых рецепторов.
3. Подозрение на миастению.
4. Для уточнения диагноза необходимо ЭМГ, КТ средостения для исключения опухоли вилочковой железы, определение антител к АХ-рецепторам.
5. Лечение:
 - антихолинэстеразные препараты: калимин 30мг 3 раза в день с постепенным повышением до 60-120 мг через 4-6 часов;
 - при недостаточной эффективности гормональная терапия – преднизолон 1мг/кг;
 - плазмаферез;
 - иммуносупрессоры: азатиоприн, циклофосфан и др.

Задача №15

Мужчина, 47 лет, обратился к неврологу с жалобами на стреляющие боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, распространяющиеся по задне-наружной поверхности правой ноги до мизинца, усиливающиеся при физической нагрузке, кашле, нахождении в вынужденном положении. Из анамнеза заболевания: боли в пояснице периодически беспокоят в течение 4 лет. Три дня назад, после поднятия тяжести, появились вышеуказанные жалобы.

При осмотре: ограничение подвижности в поясничном отделе из-за болевого синдрома. Выраженный дефанс длинных мышц спины. Синдром Ласега 30° - справа, 60° – слева. Ахиллов рефлекс снижен справа. Сила в разгибателе большого пальца правой стопы снижена. Гипестезия по задне-наружной поверхности правого бедра, голени, латеральному краю и мизинцу правой стопы.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?

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

Ответы:

1. Радикулопатия S1, справа, на фоне боковой грыжи диска LV-SI с выраженным мышечно-тоническим, болевым синдромами, стадия обострения.
2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени. Вероятно обнаружение боковой грыжи диска LV-SI, компрессирующей SI-корешок справа.
3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства. При отсутствии абсолютных показаний (нарушение тазовых функций), ожидаются рекомендации по продолжению консервативного лечения. Если последнее неэффективно в течение 3 месяцев, выявляются парезы или параличи, атрофия мышц, решается вопрос об оперативном лечении.
2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.
3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.
4. 1. Витамины группы В, с нейротрофической целью;
2. НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокобаламин + анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома;
3. Миорелаксанты, с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома;
4. Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.
5. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.
2. Занятия лечебной физкультурой.
3. Ношение поясничного корсета.
4. Применение физиотерапевтических методов лечения.
5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

Пациентка, 52 года, при поднятии тяжести внезапно почувствовала простреливающую боль в поясничной области с последующей иррадиацией по передней и латеральной поверхности левой ноги до пальцев стопы, усиливающуюся при физической нагрузке, кашле, нахождении в вынужденном положении. Обратилась к неврологу по месту жительства. Из анамнеза заболевания: боли в пояснице периодически беспокоят в течение 1,5 лет.

При осмотре: ограничение подвижности в поясничном отделе из-за бокового синдрома. Сколиоз поясничного отдела позвоночника. Выраженный дефанс длинных мышц спины. Синдром Ласега 20° - слева, 65° – справа. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей живые, D=S, коленные рефлексы живые, D=S, ахилловы – $S < D$. Гипестезия по передне-латеральной поверхности правого бедра, голени, левой стопы (по корешковому типу в зоне L5-S1).

Вопросы:

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

Ответы:

1. Радикулопатия L5-S1 слева на фоне парамедианной грыжи диска LV-SI с выраженным мышечно-тоническим, болевым синдромами, стадия обострения.
2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени, на котором вероятно обнаружение парамедианной грыжи диска LV-SI, компрессирующей L5 и S1-корешки слева.
3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства. При отсутствии абсолютных показаний (нарушение тазовых функций), ожидаются рекомендации по продолжению консервативного лечения. Если последнее неэффективно в течение 3 месяцев, выявляются парезы или параличи, атрофия мышц, решается вопрос об оперативном лечении.
2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.
3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.

4. 1. Витамины группы В, с нейротрофической целью.
2 НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокоболам аналгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома.
3. Миорелаксанты с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома.
4. Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.
5. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.
2. Занятия лечебной физкультурой.
3. Ношение поясничного корсета.
4. Применение физиотерапевтических методов лечения.
5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

Задача №17

Мужчина 45 лет, обратился к неврологу с жалобами на периодически возникающие стреляющие боли по типу «удара током» в области подбородка, нижней челюсти, нижней губы слева, отдающие в левый глаз, зубы. Боли провоцируются приемом пищи, чисткой зубов, разговором, дуновением ветра. Продолжительность приступа 1-2 сек, частота – более 50 раз в сутки.

Данные неврологического осмотра: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Глазодвижение в полном объеме. Зрачки S=D, фото-реакция живая. При исследовании поверхностной и глубокой чувствительности на лице нарушений не выявлено. При раздражении триггерной зоны в области нижней губы слева возникает приступ стреляющей боли. Асимметрии лицевой мускулатуры не выявлено. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы живые D=S, без расширения рефлексогенных зон. ПНП, ПКП выполняет без интенции. Менингеальных, патологических стопных знаков не выявлено. Тазовые функции не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?
4. Составьте план лечения для данного пациента?
5. Через 5 лет регулярной противосудорожной терапии (финлепсин 2500 мг в сутки) пациент предъявляет жалобы на увеличение частоты и интенсивности приступов стреляющей боли. По данным МРТ с контрастированием обнаружен конфликт между корешком тройничного нерва, ВМА и каменной веной. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Невралгия левого тройничного нерва, с локализацией боли в зоне иннервации 3 ветви, выраженный болевой синдром.
2. Диагноз установлен на основании:
 1. Жалоб больного на наличие повторяющихся кратковременных (секунды) пароксизмов интенсивной боли стреляющего характера в зоне иннервации одной ветви тройничного нерва, провоцирующиеся жеванием, разговором, чисткой зубов, дуновением ветра.
 2. Наличие триггерной зоны в области нижней челюсти слева.
 3. Отсутствие нарушения поверхностной чувствительности на лице, что исключает диагноз невротии тройничного нерва.
 4. Отсутствие другой очаговой симптоматики.
3. Пациенту рекомендовано выполнение: Магнитно-резонансной томографии головного мозга с контрастированием для выявления нейроваскулярного конфликта, консультация нейрохирурга – для определения показаний к оперативному лечению.
4. 1. Противосудорожные препараты (карбамазепин, габапентин, прегабалин) – с целью купирования болевого синдрома.
 2. Витамины группы В – с нейротрофической целью.
 3. Выполнение лечебных блокад в точку выхода 3 ветви левого тройничного нерва – с противовоспалительной целью.
5. На основании нейроваскулярного конфликта по данным методов визуализации можно говорить о наличии классической невралгии тройничного нерва, что является показанием для проведения оперативного лечения в виде микроваскулярной декомпрессии корешка левого тройничного нерва.
- 6.

Задача №18

Пациент, 35 лет, обратился к неврологу с жалобами на периодически возникающие приступы потери сознания, с судорогами, прикусыванием языка. Приступу предшествует возникающее за несколько часов немотивированное изменение настроения, сложные слуховые галлюцинации в виде зрительных картин, предчувствие грядущего приступа. Частота приступов 4-5 раз в неделю.

Из анамнеза заболевания известно: 3 месяца назад попал в драку, после чего появились вышеуказанные жалобы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план обследования пациента?

3. Перечислите, консультации каких специалистов необходимы при данной патологии?
4. Укажите группы препаратов, которые можно применять при лечении данного пациента?
5. Дайте рекомендации по дальнейшей реабилитации пациента?

Ответы:

1. Симптоматическая височная эпилепсия с частыми сложными парциальными припадками с психо-сенсорной и слуховой аурой с частой вторичной генерализацией.

2. 1. МРТ, КТ головного мозга - для подтверждения очагового поражения головного мозга, приводящего к раздражению задней и боковой части височной доли.

2. ЭЭГ – для выявления эпилептической активности.

3. ЭКГ – для выявления сопутствующей кардиальной патологии.

4. Клинический анализ с определением формулы крови, СОЭ; коагулограмма, биохимический анализ крови (мочевины и креатинина, Алт, АсТ, билирубин, глюкоза крови) – для выявления сопутствующей соматической патологии.

3. 1. Консультация нейрохирурга – для решения вопроса об оперативном лечении.

2. Консультация психотерапевта и психолога – для устранения психологических последствий заболевания и коррекции психических расстройств.

4. 1. Препараты вальпроевой кислоты (депакин).

2. Агонисты ГАМКА-рецепторов (топирамат).

3. Блокаторы натриевых каналов (карбамазепин).

4. Производные пирацетама (леветирацетам).

5. Ламотриджин.

6. Прегабалин.

5. 1. Устранение факторов, способствующих возникновению приступов (недосыпания, физического и умственного перенапряжения), гипертермии.

2. Работа с психотерапевтом и психологом.

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

ПК-1

Задание 1.

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

Заболевание началось среди полного здоровья с генерализованных судорожных эпилептических приступов. Через 2 месяца развился гиперкинетический синдром: вначале хореический гиперкинез, затем – торсионная дистония. Изменилось поведение: стала неадекватной, неопрятной, перестала понимать обращенную речь. Появилась булимия. До настоящего

заболевания девочка была здорова. В 7-летнем возрасте перенесла корь.
Объективно: соматически – без патологии; температура тела субфебрильная.
Неврологический статус: дезориентирована в месте и времени, сенсорно-моторная афазия. Активные движения в конечностях резко ограничены. Глубокие рефлексы повышены, симптом Бабинского с обеих сторон. Мышечный тонус диффузно повышен по ригидному типу. Разбросанный стереотипный гиперкинез в мышцах лица, туловища, конечностей. Не может высунуть язык, поперхивается во время еды. Выявляются симптомы орального автоматизма.

ЭЭГ – билатеральные синхронные пароксизмы острых и медленных волн.

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

Эталон ответа:

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

Задание 2.

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

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

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

Эталон ответа:

1. Синдромы – бульбарный, верхний вялый глубокий парапарез, парез шейных мышц.
2. Топический диагноз – поражение передних рогов шейного утолщения и C1-C4 сегментов спинного мозга, ядер ЧН в продолговатом мозге (IX, X, XII).
3. Предположительный диагноз – Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма.
4. Диагностика включает серологический метод (метод парных сывороток) с определением нарастания титра антител в реакциях РТГА (реакция торможения гемагглютинации) и ИФА (иммуноферментный анализ) с интервалом в 2 недели, ПЦР крови и ликвора.

5. Специфического лечения нет. Симптоматическое лечение включает интенсивную терапию и нейрометаболическую терапию. Возможно применение индукторов интерферона.

В дальнейшем – наблюдение невролога по месту жительства.

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

Задание 3.

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

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

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

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

В последующие 2 недели течение заболевания приняло лавинообразный характер: выросли расстройства лобного типа, прогрессировала экстрапирамидная симптоматика, уровень сознания снизился до сопора с отсутствием контроля за тазовыми органами.

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

Через 5 месяцев от начала заболевания пациент скончался.

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

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

Эталон ответа:

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

Диагностика базируется на выявлении быстро прогрессирующей деменции с дезинтегра-

цией всех высших корковых функций – корковых нарушений речи, зрения, праксиса, когнитивных нарушений и нарушений поведения, пирамидных и экстрапирамидных нарушений, мозжечковой дисфункции, эпилептических припадков (миоклонус). Определенный диагноз болезни Крейтцфельда-Якоба устанавливается после патоморфологического исследования.

Задание 4.

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

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

Эталон ответа:

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

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

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

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

Задание 5.

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

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

Пульсация периферических сосудов сохранена.

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

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

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

1. Определите синдромологический диагноз;

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

Эталон ответа:

1. Синдромы – нижняя вялая параплегия, нарушение поверхностных видов чувствительности по проводниковому типу с уровня T11 с 2-х сторон или – по сегментарному диссоциированному типу с уровня T11 с 2-х сторон и ниже до неуказанного уровня, дисфункция тазовых органов (задержка мочи).
2. Топический диагноз – поражение передних 2/3 поперечника спинного мозга с уровня T8 и ниже с 2-х сторон – с вовлечением спино-таламических путей и передних рогов на уровне поясничного утолщения (перекрывающее поражение пирамидных путей в боковых столбах) – бассейн передней спинальной артерии (синдром Преображенского).
3. Клинический диагноз – Инфаркт спинного мозга (кардиоэмболический) в зоне смежного кровообращения ПСА и ЗСА на T11 с вовлечением всего серого и части белого вещества, нижняя вялая параплегия, диссоциированное расстройство чувствительности, дисфункция тазовых органов (задержка мочи).
4. Можно также думать о поражении СМ вокруг центрального канала ("карандаш Цюльха") на уровне T11 с вовлечением всего серого и части белого вещества (зоны смежного кровообращения ПСА и ЗСА) при нарушении кровотока к СМ на уровне аорты (механизм кардиоэмболии). Учитывая боли в верхней части живота и быстрое нарушение функции почек, следует отдать предпочтение данному варианту.
5. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта в сочетании с мероприятиями вторичной профилактики инсульта (непрямые оральные антикоагулянты, при невозможности – антиагреганты), препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В.

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

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

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

Задание 6.

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

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

Эталон ответа:

1. «Штампующая» походка характерная для сенситивной атаксии.
2. Возникает при поражении задних канатиков спинного мозга, периферических нервов,

медиальной петли, зрительного бугра, в которых проходят проводящие пути глубокой чувствительности.

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

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

Задание 7.

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

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

3. Вероятный диагноз?

4. Какое лечение можно назначить?

Эталон ответа:

1. Акинетико-ригидный синдром.

2. Поражена экстрапирамидная система, черная субстанция, нигростриарные нейроны.

3. Акинетико-ригидный синдром (синдром паркинсонизма).

4. В случае подтверждения диагноза болезни Паркинсона наиболее эффективны агонисты дофаминергических рецепторов и препараты леводопы.

Задание 8.

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

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3-х лет, когда постепенно возникло дрожание в левой руке, скованность движений в левом плечевом поясе, через несколько месяцев пациент заметил скованность в левой ноге, затруднения при начале движения, с последующим переходом симптомов на правые конечности.

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?

2. Обоснуйте поставленный диагноз?

3. Составьте план обследования для данного пациента?

4. Составьте план медикаментозного лечения пациента?

5. Дайте рекомендации по дальнейшей реабилитации пациента?

Эталон ответа:

1. Болезнь Паркинсона, смешанная форма с преимущественным вовлечением левых конечностей, 2 степень тяжести (по Хен-Яр).

2. 1. На основании имеющегося у пациента синдрома паркинсонизма в виде гипокинезии, мышечной ригидности, тремора покоя.

2. Подтверждающих критериев болезни Паркинсона: тремора покоя, одностороннего начала заболевания, постоянной асимметрии с более выраженными симптомами на стороне тела, с которой началось заболевание, а также прогрессирующее течение болезни.

3. Отсутствия критериев исключения болезни Паркинсона.

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

2. Методы нейровизуализации (КТ, МРТ) – для исключения патологий, ведущих к разви-

тию вторичного паркинсонизма (объемные образования, ишемические и геморрагические инсульты, посттравматические и воспалительные изменения).

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

4. 1. Ингибиторы МАО-В (Селегилин) – с целью увеличения продолжительности действия дофамина в синаптической щели.

2. Агонисты дофаминовых рецепторов (пиребедил, прамипексол) – улучшение дофаминергической передачи путем активации дофаминергических рецепторов.

3. При недостаточности эффекта – добавить антагонисты NMDA-рецепторов (амантадин) – улучшение дофаминергической передачи за счет активации выделения дофамина из пресинаптического окончания.

5. 1. Дозированная физическая и интеллектуальная активность с максимально долгим сохранением активной профессиональной деятельности. Противопоказаны чрезмерные физические нагрузки.

2. Психотерапия с целью принятия факта наличия хронического заболевания с пожизненным лечением.

3. Занятия лечебной физкультурой, направленные на тренировку координации движений, ходьбы широким шагом.

4. Физиотерапевтические методы лечения – с целью снижения мышечного тонуса, улучшением трофики нервной ткани.

5. Проведение школ для пациентов с болезнью Паркинсона и их родственников.

Задание 9.

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

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

1. Назовите топический диагноз?

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

3. Какой наиболее вероятный диагноз?

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

5. Укажите принципы терапии?

Эталон ответа:

1. Поражены базальные ганглии, мозжечок.

2. Кольца Кайзера-Флейшера, феномен обусловлен отложением меди в десцеметовой мембране внутреннего слоя роговицы глаза.

3. Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-ригидная форма). Вильсоновский гепатит.

4. Определение уровня меди в крови и моче, уровня церулоплазмينا в крови, лабораторное исследование функции печени, УЗИ органов брюшной полости, биопсия печени, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, генетическое исследование пациента и обследование сибсов (если есть).

5. Медьэлиминирующая терапия (D-пеницилламин), препараты цинка, гепатопротекторы, диета (исключение продуктов с большим содержанием меди), симптоматическая терапия.

Задание 10.

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

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

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

Эталон ответа:

1. Шейная миелопатия вследствие срединной грыжи диска C7-C8 3-й степени с умеренным вялым параличом верхних конечностей и выраженным спастическим параличом нижних конечностей
2. Пациенту рекомендовано выполнение МРТ шейного отдела позвоночника для подтверждения наличия грыжи диска и уточнения ее степени, на которой вероятно обнаружение срединной грыжи диска C7-C8, 3-й степени, смещающая спинной мозг кзади. В связи с этим компрессируются передние отделы спинного мозга (передние рога, передние канатики), что приводит к нарушению двигательной функции.
3. 1. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства.
2. Консультация врача лечебной физкультуры для составления курса лечебной физкультуры.
3. Консультация физиотерапевта для назначения курса физиотерапевтического лечения.
4. План лечения:
 1. Витамины группы В, с нейротрофической целью.
 2. НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокобаламин + анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома.
 3. Миорелаксанты с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома.
 4. Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.
 5. При наличии показаний или отсутствия положительной динамики в течение 3 месяцев консервативной терапии – хирургическое лечение.
5. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.
2. Занятия лечебной физкультурой.
3. Ношение шейного воротника.
4. Применение физиотерапевтических методов лечения.
5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

Задание 11.

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

1. Как называется клинический синдром?

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

Эталон ответа:

1. Смешанный тетрапарез (вялый верхний парапарез и спастический нижний парапарез) – синдром БАС.
2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне шейного утолщения C5-Th2 сегментов: поражены передние рога и латеральные пирамидные пути в боковых столбах.
3. Боковой амиотрофический склероз. Средством специфической нейропротективной терапии пациентов с БАС является ингибитор высвобождения глутамата рилузол, который увеличивает продолжительность жизни пациентов на 3-6 месяцев. Организация оптимального мультидисциплинарного симптоматического ухода снижает риск смерти в течение 5 лет болезни на 45%.
4. Возможно возникновение необходимости в постоянном проведении инвазивной или неинвазивной вентиляции, установке гастростомы.

Задание 12.

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

1. Как называется клинический синдром?
2. Где расположен патологический очаг?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Укажите основные направления ведения такого пациента в дальнейшем.

Эталон ответа:

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

Задание 13.

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

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

Эталон ответа:

1. Спастический тетрапарез.
2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне верхних шейных сегментов (C1-C4): поражены латеральные пирамидные пути в боковых канатках с обеих сторон.
3. Рассеянный склероз. В стадии обострения – пульс-терапия кортикостероидами, возмож-

но – в/в иммуноглобулин.

4. В стадии ремиссии – β -интерфероны, глатирамера ацетат или другие препараты превентивной терапии.

Задание 14.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 15.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 16.

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

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

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

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

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

Эталон ответа:

1. Клинический диагноз – Синдром верхней глазничной щели (синдром каверноз-

ного синуса).

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

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

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

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

Задание 17.

В отделение доставлена женщина 64-х лет с артериальной гипертензией в анамнезе в течение 10 лет (адаптирована к АД 140/90 мм рт.ст.), у которой на фоне повышения АД до 210/110 мм рт.ст., сопровождавшегося диффузной головной болью, отмечалась кратковременная потеря сознания с тонико-клоническими судорогами в конечностях, преимущественно в левых, и прикусом языка. Придя в сознание, больная обнаружила у себя слабость в дистальных отделах левой ноги.

При осмотре выявлен центральный, преимущественно дистальный, парез левой ноги. При РКТ, произведенной через 5 дней, выявлен гиперденсивный очаг размером 2,5х3,0 см парасagitтально на уровне центральных извилин справа, который был расценен как проявление геморрагического инсульта. Из проведенного обследования обращало на себя внимание ускорение СОЭ до 50 мм/ч. Пациентка выписана из стационара с улучшением с диагнозом: ОНМК по смешанному типу в бассейне правой передней мозговой артерии на фоне артериальной гипертензии III ст.

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

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

Эталон ответа:

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

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

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

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

Задание 18.

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

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

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

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

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

Эталон ответа:

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

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

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

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

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

Задание 19.

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

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

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

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

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

Эталон ответа:

1. Клинический диагноз – Инфаркт мозга в бассейне правой ЗМА (мигрень-индуцированный инсульт). Такой расценивается как мигренозный инфаркт (G43.3), являющийся осложнением мигрени.
2. В то же время необходимо проведение МРТ и МРА головного мозга для исключения другой этиологии инфаркта мозга с симптомами, напоминающими мигрень с аурой (окклюзия/диссекция базилярной или позвоночной артерий, кардиоэмболии, артериовенозные мальформации, церебральный венозный тромбоз). При этом РКТ в остром периоде может не выявлять ишемические изменения в тканях головного мозга, поэтому в данном случае только на повторной РКТ выявлен сформировавшийся очаг инфаркта мозга.
3. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта. Лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, препараты магния.

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

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

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

Задание 20.

В отделение доставлена женщина 22-х лет, первобеременная, с диагнозом "Острый мие-

лит, нижняя вялая параплегия. Беременность 34 недели".

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

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

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

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

Эталон ответа:

1. Нарушение спинального кровообращения.
2. Неврологическая симптоматика обусловлена компрессией беременной маткой брюшной аорты и ухудшением (особенно в положении лежа на спине) при этом кровоснабжения спинного мозга с развитием сначала преходящей ишемии поясничного утолщения с парезом ног и недержанием мочи, а затем – более стойких двигательных, чувствительных и тазовых расстройств (бассейн артерии поясничного утолщения Адамкевича). В то же время компрессия брюшной аорты может быть связана с периаортальной опухолью. Также ишемия поясничного утолщения может развиваться при сдавлении непосредственно самой артерии Адамкевича грыжей МПД, однако в данном случае нет указаний на вертебральный болевой синдром. На отсутствие миелита указывает отсутствие воспалительных изменений в крови и быстрый регресс неврологической симптоматики.
3. Проведение МРТ забрюшинного пространства.
4. Ведение такого пациента в блоке нейрореанимации должно осуществляться в соответствии с принципами базисной терапии инсульта и связано с решением вопроса о быстром родоразрешении. Лечение должно включать противоотечные средства, препараты с нейрометаболическим действием (с улучшением метаболизма холина), препараты, улучшающие микроциркуляцию и нервно-мышечную передачу, витамины группы В, препараты магния.

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

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

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

лидов.

ОПК-5

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

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

Эталон ответа:

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

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

Задание 2.

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

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите основные направления ведения такого пациента в дальнейшем.

Эталон ответа:

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

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

Задание 3.

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

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

Эталон ответа:

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

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

Задание 4.

У больного 52-х лет постепенно изменилась походка, стала напоминать ходьбу пьяного, ходит и стоит с широко расставленными ногами, особенно затруднены повороты. Появилась скандированная речь, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во

всех конечностях, интенционное дрожание при пальценосовой и пяточно-коленной пробах с двух сторон.

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

Эталон ответа:

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

Задание 5.

У мужчины 63-х лет постепенно появилась шаткость вправо при ходьбе, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы.

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

Эталон ответа:

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

Задание 6.

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

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

Эталон ответа:

1. Синдром сенситивной атаксии (дифференциальная диагностика поражения задних канатиков спинного мозга и периферических нервов).
2. Тиоктовая кислота, цианокобаламин и другие витамины В-группы, пентоксифиллин, этиотропное, патогенетическое лечение в зависимости от выявленной причины заболевания.

Задание 7.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 8.

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

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

При осмотре: сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Черепные нервы – без патологии. Гипомимия. Сухожильные рефлексy живые, D=S. Тонус в конечностях повышен по типу «зубчатого колеса», больше слева. Тремор кистей по типу «сче-

та монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях. Гипокинезия, микрография, шаркающая походка, ахейрокинез.

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

Эталон ответа:

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

Задание 9.

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

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

1. Вероятный диагноз?
2. Укажите принципы терапии?

Эталон ответа:

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

Задание 10.

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

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

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

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

Эталон ответа:

1. План лечения:

1. Витамины группы В, с нейротрофической целью.
2. НПВС или смесь по Гречко (дексаметазон + новокаин + эуфиллин + цианокобаламин + анальгин + димедрол), с целью купирования болевого синдрома.
3. Миорелаксанты с целью уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома.
4. Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов с гастропротективной целью.
5. При наличии показаний или отсутствия положительной динамики в течение 3 месяцев консервативной терапии – хирургическое лечение.

2. 1. Изменение стереотипа ходьбы и обучение пациента правильно держать осанку.

2. Занятия лечебной физкультурой.

3. Ношение шейного воротника.

4. Применение физиотерапевтических методов лечения.

5. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

Задание 11.

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

1. Вероятный диагноз?

2. Тактика лечения?

Эталон ответа:

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

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

Задание 12.

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

Из анамнеза: длительно страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. Две недели назад остро возникли пекущие боли в области сердца, одышка при ходьбе, однако за медицинской помощью не обратилась. Резкое ухудшение состояния отмечает с 15:00 сегодняшнего дня, когда внезапно появились вышеуказанные жалобы, нарушилась речь, по поводу чего дочерью была вызвана бригада "скорой помощи": АД

= 130/70 мм рт.ст., ЧСС 68 ударов в минуту, ЧДД 18 в минуту; температура тела 36,7°C; глюкоза крови по данным глюкометра - 5,1 ммоль/л; ЭКГ - единичные экстрасистолы, был выполнен Тгортест - получен сомнительный результат.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 13.

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

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

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

Эталон ответа:

1. 1. Удаление гематомы путем хирургического вмешательства.
2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).
3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики) – для профилактики развития повторных сосудистых событий.
4. Борьба с гипертензионным синдромом (возвышенное положение головного конца, осмодиуретики, оксигенотерапия, гипертонический раствор натрия хлорида, седация (барбитураты, кетамин, пропофол), хирургически – декомпрессионная краниотомия).

2. 1. Ранняя реабилитация: ранняя вертикализация, занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, лечение положением с правильной укладкой больного в постели, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.

2. Персональная или групповая реабилитация под контролем реабилитолога.

3. Физиотерапия – после острого периода инсульта.

4. Работа с кинезиологом, эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе реабилитации.

Задание 14.

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

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

1. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?

2. Составьте программу реабилитации для данного пациента?

Эталон ответа:

1. 1. Оперативное лечение - с целью исключения аневризмы из работы системного кровотока.

2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).

3. Антигипертензивные препараты (преимущественно блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) – для профилактики развития повторных сосудистых событий, снижения уровня АД.

4. Инфузии 2,5 л физиологического раствора в сутки - с целью профилактики гиповолемии.

5. Коллоидные растворы – с целью гемодилюции.

2. 1. Ранняя реабилитация: занятия дыхательной и пассивной лечебной гимнастикой, кинезиотерапия, занятия с эрготерапевтом.

2. Физиотерапия – после острого периода инсульта.

3. Работа с эрготерапевтом, психологом согласно индивидуальной программе

Задание 15.

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

1. Вероятный диагноз?

2. Лечение?

Эталон ответа:

1. Болезнь Альцгеймера.

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

Задание 16.

На приеме мужчина 65-ти лет: жалобы на слабость, похудение рук и неловкость в них, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Указанные

проявления стал отмечать около 1 года назад с дистальных отделов рук, постепенно они распространились и на проксимальные отделы.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 17.

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

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

1. Вероятный диагноз?
2. Лечение?

Эталон ответа:

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

Задание 18.

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

При осмотре – подавлен, вял, несколько заторможен. Правильно ориентирован в месте и времени. При исследовании эмоционального статуса выявляются значительное снижение фона настроения. Отчётливых нарушений праксиса, гнозиса и речи не выявляется.

Интеллектуальные операции замедленны. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Вероятный диагноз?

2. Лечение?

Эталон ответа:

1. Синдром депрессии. Головная боль мышечного напряжения.

3. Антидепрессант вальдоксан 25 мг на ночь 3-6 месяцев.

Задание 19.

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

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

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Составьте план лечения пациента и обоснуйте его?

3. Дайте рекомендации по вторичной профилактике для данного пациента?

Эталон ответа:

1. Ишемический инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии с формированием лакунарного инфаркта в правом таламусе на фоне гипертонической болезни; изолированная гемигипестезия слева.

2. 1. Проведение тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний.

2. Нейропротекторы (антиоксиданты, регуляторные пептиды, антагонисты глутаматных рецепторов).

3. Антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики).

4. Статины - с гиполипидемической целью.

5. Антиагреганты, антикоагулянты.

3. 1. Изменение образа жизни: диета с ограничением соли и насыщенных жиров, обогащенная клетчаткой, отказ от вредных привычек, регулярная физическая активность.

2. Контроль уровня АД, ЧСС.

3. Назначение антигипертензивной терапии.

4. Назначение антитромботической терапии (антиагреганты, антикоагулянты).

5. Назначение гиполипидемической терапии (статины).

Задание 20.

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

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз?

2. Укажите группы препаратов, которые можно применять при лечении данного пациента?

3. Дайте рекомендации по дальнейшей реабилитации пациента?

Эталон ответа:

1. Симптоматическая височная эпилепсия с частыми сложными парциальными приступами с психо-сенсорной и слуховой аурой с частой вторичной генерализацией.

2. 1. Препараты вальпроевой кислоты (депакин).

2. Агонисты ГАМКА-рецепторов (топирамат).
 3. Блокаторы натриевых каналов (карбамазепин).
 4. Производные пирацетама (леветирацетам).
 5. Ламотриджин.
 6. Прегабалин.
3. 1. Устранение факторов, способствующих возникновению приступов (недосыпания, физического и умственного перенапряжения), гипертермии.
 2. Работа с психотерапевтом и психологом.
 3. Систематическое наблюдение у невролога для динамического наблюдения и подбора адекватной схемы терапии и дозировки противосудорожных препаратов.

5. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, уме-	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение зна-	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в

заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	ний 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.	ний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
---	---	--	--

Критерии оценивания форм контроля.

Критерии оценивания при зачёте:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	логичность и последовательность ответа
не зачтено	недостаточное знание изучаемой пред-	слабые навыки анализа явлений,	отсутствие логичности и последова-

	метной области, неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	процессов, событий, неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	тельности ответа
--	---	---	------------------

Собеседования:

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

	изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Шкала оценивания тестового контроля:

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

Ситуационных задач:

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

	нию, выполнены		навыки решения ситуации	
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

Навыков:

Отметка	Дескрипторы		
	системность теоретических знаний	знания методики выполнения практических навыков	выполнение практических умений
отлично	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях	устойчивые знания методики выполнения практических навыков	самостоятельность и правильность выполнения практических

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

Презентации/доклада:

Отметка	Дескрипторы			
	Раскрытие	Представле-	Оформле-	Ответы

	проблемы	ние	ние	на вопро- сы
Отлично	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.	Широко использованы информационные технологии. Отсутствуют ошибки в представляемой информации.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.
Хорошо	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2 профессиональных терминов.	Использованы информационные технологии. Не более 2 ошибок в представляемой информации	Ответы на вопросы полные и/или частично полные
Удовлетворительно	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна. Использован 1-2 профессиональный термин.	Использованы информационные технологии частично. 3-4 ошибки в представляемой информации.	Только ответы на элементарные вопросы.
Неудовлетворительно	Проблема не раскрыта. Отсутствуют вы-	Представляемая информация логически не связана. Не	Не использованы информационные технологии.	Нет ответов на вопросы.

	воды.	использованы	Больше 4 ошибок	
--	-------	--------------	--------------------	--