

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского»
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»)

Учебный центр

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель директора по научной
работе

М.Л. Роголь/
« 20 » 03 2024г.
М. П.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

НЕВРОЛОГИЯ

Название дисциплины (модуля)

31.08.42 Неврология

Шифр/Название направления (специальности)

ОЧНАЯ

Форма обучения

Москва 2024г.

Рабочая программа по дисциплине (модулю)

Неврология

Название дисциплины и модуля (при наличии)
составлена на основании требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки/специальности (уровень подготовки кадров высшей квалификации)

31.08.42 Неврология

Код и наименование специальности/направления подготовки

Квалификация
выпускника

врач-невролог

Уровень высшего
образования
Форма обучения

Подготовка кадров высшей квалификации

очная

Очная/очно-заочная/заочная

СОСТАВИТЕЛИ

Коваленко Ксения Ивановна

Преподаватель

ФИО

Должность, степень

СОГЛАСОВАНО

Заведующий учебным центром

Должность

Подпись

И.В. Братищев

Расшифровка подписи



1. Цель и задачи рабочей программы дисциплины (модуля)

Дисциплина (модуль)

Неврология

Название дисциплины и модуля (при наличии)

реализуется в части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1 «Дисциплины (модули)», является элективной дисциплиной

по направлению подготовки (специальности)

31.08.42 Неврология

Код и наименование специальности/направления подготовки

очной формы обучения.

Цель:

Подготовка квалифицированного врача, обладающего системой знаний и профессиональных навыков, готового к самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи:

1. Сформировать профессиональную подготовку врача-специалиста, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего основы знаний по смежным дисциплинам
2. Углубление знаний об анатомо-функциональном состоянии органов в норме и при патологии, этиологии и патогенезе, патоморфологии, клинической картине, классификации, дифференциальной диагностике, особенностях течения, осложнениях и исходах заболеваний и (или) состояний, требующих оказания специализированной медицинской помощи;
3. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в методике сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей), методике осмотра и обследования, оценке тяжести и выделении ведущего синдрома у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, требующими оказания специализированной медицинской помощи;
4. Приобретение умений и навыков обоснования объема обследования, его проведения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, требующими оказания специализированной медицинской помощи, а также интерпретации и анализа обследования;
5. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в определении медицинских показаний к назначению лабораторных, рентгенологических и функциональных методов исследования, организации выполнения и их интерпретации;
6. Оказание медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;
7. Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза;
8. Формирование клинического мышления, совершенствование навыков в проведении дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний и травм нервной системы, обоснование диагноза;
9. Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности;
10. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в разработке плана реабилитационных мероприятий и их проведении;

11. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность;
12. Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний нервной системы и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения;
13. Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;
14. Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;
15. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в определении медицинских показаний для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, последствиями травм на медико-социальную экспертизу, проведении отдельных видов медицинских экспертиз и экспертизы временной нетрудоспособности, оформлении медицинской документации;
16. Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала;
17. Оказание медицинской помощи в экстренной форме;
18. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в проведении противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, ведении медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

Изучение дисциплины (модуля)

Неврология

Название дисциплины и модуля (при наличии)

базируется на знаниях и умениях, полученных обучающимися ранее в ходе освоения ряда дисциплин (модулей).

Изучение дисциплины (модуля)

Неврология

Название дисциплины и модуля (при наличии)

является базовым для последующего освоения дисциплин (модулей):

- **Диагностика в неврологии, Восстановительное лечение в неврологии**

Дисциплины (модули) последующего изучения

2. Требования к результатам освоения дисциплины

Формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций у обучающихся в рамках изучения дисциплины (модуля) предполагает овладение системой теоретических знаний по выбранной специальности и формирование соответствующих умений и (или) владений.

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Знает методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации. УК-1.2. Умеет критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации. УК-1.3. Умеет определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте. УК-1.4. Владеет методами и приемами системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.
Оказание медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы	ПК-1. Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза	ПК-1.1. Регистрирует жалобы, анамнез жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы; ПК-1.2. Проводит осмотр пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы; ПК-1.3. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы; ПК-1.4. Направляет пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; ПК-1.5. Направляет пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; ПК-1.6. Направляет пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

		<p>(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-1.7. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ).</p>
	<p>ПК-2. Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ПК-2.1. Разрабатывает план лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-2.2. Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-2.3. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;</p> <p>ПК-2.4. Назначает физиотерапевтические методы, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, массаж, мануальную терапию пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-2.5. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;</p> <p>ПК-2.6. Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания.</p>
	<p>ПК-3. Проведение и контроль</p>	<p>ПК-3.1. Составляет план мероприятий медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или)</p>

	<p>эффективности медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность</p>	<p>состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-3.2. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; ПК-3.3. Направляет пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторнокурортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-3.4. Оценивает эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-3.5. Проводит профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся осложнений (пролежни, тромбоэмболические осложнения) у пациентов с ограниченными двигательными возможностями;</p> <p>ПК-3.6. Оценивает эмоциональные расстройства и осуществляет их коррекцию у пациентов с хроническими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы;</p> <p>ПК-3.7. Мотивирует пациента и его родственников на активное участие в реабилитации и абилитации.</p>
	<p>ПК-4. Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний нервной системы и</p>	<p>ПК-4.1. Проводит пропаганду здорового образа жизни, профилактику заболеваний и (или) состояний нервной системы;</p> <p>ПК-4.2. Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями нервной системы в соответствии с нормативными правовыми актами;</p> <p>ПК-4.3. Осуществляет диспансеризацию населения с целью раннего выявления заболеваний и (или) состояний нервной системы и основных факторов</p>

	<p>формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами; ПК-4.4. Проводит диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы; ПК-4.5. Проводит профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний и (или) состояний нервной системы, в том числе: проводит первичную и вторичную профилактику сосудистых заболеваний головного мозга, профилактику прогрессирования когнитивных нарушений; профилактику болевых синдромов в спине; профилактику мигрени.</p>
	<p>ПК-5. Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы</p>	<p>ПК-5.1. Осуществляет динамическое наблюдение пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи; ПК-5.2. Оценивает интенсивность и характер болевого синдрома с использованием шкал оценки боли пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы; ПК-5.3. Проводит обезболивание и коррекцию неврологических симптомов заболевания у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи; ПК-5.4. Осуществляет разработку и проведение мероприятий по улучшению качества жизни пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, требующих оказания паллиативной медицинской помощи; ПК-5.5. Направляет пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; ПК-5.6. Консультирует родственников пациента по навыкам и организации индивидуального ухода за пациентом при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, получающим паллиативную медицинскую помощь; ПК-5.7. Решает этические вопросы, оказывает помощь в решении юридических вопросов, возникающих в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти.</p>
	<p>ПК-6. Проведение медицинских освидетельствований</p>	<p>ПК-6.1. Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительные и периодические медицинские осмотры;</p>

	<p>и медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы</p>	<p>ПК-6.2. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, работа во врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности;</p> <p>ПК-6.3. Осуществляет подготовку необходимой медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы;</p> <p>ПК-6.4. Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами нервной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p>
	<p>ПК-7. Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ПК-7.1. Составляет план работы и отчет о своей работе;</p> <p>ПК-7.2. Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа;</p> <p>ПК-7.3. Контролирует выполнение должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом;</p> <p>ПК-7.4. Обеспечивает внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.</p>
	<p>ПК-8. Оказание медицинской помощи в экстренной форме</p>	<p>ПК-8.1. Оценивает состояние пациентов, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;</p> <p>ПК-8.2. Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;</p> <p>ПК-8.3. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания));</p> <p>ПК-8.4. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.</p>

3. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Виды учебной работы	Всего, час.	Объем часов по семестрам			
		1	2	3	4
Общий объем	1080 (30 з.е.)	252	288	288	252
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий	560	132	148	148	132
Лекционное занятие (Л)	32	8	8	8	8
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)	384	88	104	104	88
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	520	120	140	140	120
Вид промежуточной аттестации:	Экзамен (Э)	Э	Э	Э	Э

4. Структура и содержание дисциплины (модуля)

№ раздела	Раздел дисциплины (модуля)	Название тем раздела и их содержание	Общая трудоемкость, акад. час.	из них:				
				аудиторные занятия			Самостоятельная работа	Экзамен
				Лекции	Практические занятия	Семинары		
1.	Организация неврологической службы в Российской Федерации	Организация и структура неврологической службы. Место неврологической службы в общей системе здравоохранения и взаимодействие с другими службами. Структура неврологической службы. Скорая и неотложная медицинская помощь неврологическим больным: специализированные неврологические бригады в составе неотложной медицинской помощи в крупных городах. Неврологическая помощь населению, проживающему в сельской местности. Организация и задачи неврологических кабинетов поликлиники при центральных районных больницах. Организация восстановительного и санаторно-курортного лечения. Организация восстановительного лечения в условиях поликлиники, отделения, кабинета восстановительного лечения поликлиники. Восстановительное лечение больных с нарушением речи. Организация восстановительного лечения в условиях стационара, больницах восстановительного лечения. Организация санаторно-курортной помощи неврологическим больным. Показания и направление больных на санаторно-курортное лечение. Социальная реабилитация неврологических больных. Диспансеризация неврологических больных. Цель и задачи программы диспансеризации. Анализ эффективности диспансеризации неврологических больных.	67	2	14	14	37	
2.	Семиотика и топографическая анатомия заболеваний нервной системы	Семиотика поражения нервной системы. Нарушения сознания: синдромы угнетения и помрачения уровня сознания. Менингеальный синдром. Изменения внутричерепного давления. Двигательные нарушения: синдромы поражения периферических и центральных мотонейронов, нарушения координации, равновесия и ходьбы. Нарушения чувствительности. Боль: острая и хроническая боль,	75	6	16	16	37	

		<p>невропатическая боль, отраженная боль, миофасциальные боли, психогенные боли. Глазодвигательные нарушения: при поражении мышц и нервно-мышечной передачи, при поражении черепных нервов и их ядер, офтальмоплегия. Вестибулопатия (периферическая, центральная). Нарушение функции бульбарных мышц. Нарушение тазовых функций. Нарушение высших мозговых функций.</p> <p>Топическая диагностика поражений нервной системы. Поражения периферической нервной системы: периферические невропатии, плексопатии, радикулопатии, синдром конского хвоста, ганглиопатии. Поражение спинного мозга на разных уровнях. Синдромы поражения ствола мозга: продолговатого мозга, моста, среднего мозга. Синдромы поражения мозжечка. Синдромы поражения гипоталамуса и гипоталамо-гипофизарной системы. Синдромы поражения таламуса. Синдромы поражения эпителиума и эпифиза. Синдромы поражения базальных ганглиев. Синдромы поражения внутренней капсулы. Синдромы поражения коры полушарий.</p>						
3.	Методы исследования в неврологии	<p>Клинические методы исследования. Общее исследование: состояние сознания, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, наследственный анамнез, аллергологический анамнез, эпидемиологический анамнез, общий осмотр, исследование соматического статуса. Исследование неврологического статуса. Черепные нервы. Двигательные функции. Методы выявления скрытого пареза. Глубокие и поверхностные рефлексы. Патологические рефлексы. Рефлексы орального автоматизма. Гиперкинезы. Гипокинезия. Координация движений. Статика. Ходьба. Чувствительность. Исследование вегетативной нервной системы. Трофика. Потоотделение. Дермографизм. Пиломоторный рефлекс. Орто- и клиностатические пробы, проба Ашнера. Функция тазовых органов. Высшие мозговые функции. Нейропсихологические методы исследования.</p> <p>Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лабораторные. Клинический анализ крови. Биохимические исследования крови в неврологической клинике. Реологические свойства крови. Коагулирующие и фибринолитические свойства крови, международное нормализованное отношение. Исследование мочи. Исследование цереброспинальной жидкости. Показания и</p>	63	2	14	14	37	

		противопоказания к люмбальной пункции. Оценка данных исследования ликвора. Методы исследования иммунного статуса. Оценка офтальмологического исследования. Оценка данных отоневрологического исследования. Оценка рентгенологических методов исследования. Компьютерная томография. Ангиография. Электрофизиологические методы исследования. Электромиография. Электроэнцефалография. Вызванные потенциалы. Магнитная стимуляция головного мозга. Радиоизотопные методы исследования. Ультразвуковые методы исследования. Магнитно-резонансная томография. Вертеброневрологические методы исследования.						
4.	Принципы и методы лечения неврологических больных	<p>Саногенез и вопросы реабилитации неврологических больных. Механизмы восстановления и компенсации нарушенных функций. Этапы и виды медицинской и социальной реадaptации и реабилитации неврологических больных. Значение различных методов лечения неврологических больных. Фармакотерапевтические методы. Физиотерапевтические методы. Рефлекторно-терапевтические методы. Лечебная физкультура и механотерапия. Лечебный массаж. Ортопедические методы и мануальная терапия. Психотерапевтические и логопедические методы. Санаторно-курортное лечение. Специализированные методы (рентгенотерапия и другие виды лучевой терапии, оксигено- и оксигенобаротерапия, гемотрансфузии, плазмаферез и др.).</p> <p>Физические и другие методы лечения заболеваний нервной системы. Электролечение. Лечение механическими воздействиями. Баротерапия. Ультразвуковая терапия. Массаж. Светолечение. Ортопедические методы лечения в неврологии. Мануальная терапия и лечебная физкультура. Лечебные тракции позвоночника. Показания к корригирующим операциям при контрактурах, туннельных синдромах и т.д. Психотерапевтические и логопедические методы. Виды психотерапии (суггестивная, рациональная, аутотренинг, когнитивно-поведенческая и т.д.). Взаимосвязь психотерапии, медицинской этики и деонтологии. Принцип и методы логопедического лечения. Санаторно-курортное лечение. Классификация курортов, основные лечебные факторы, принципы курортного лечения. Физиобальнеолечебница, санатории-профилактории. Лечебные пункции, в том числе блокада паравертебральных точек, триггерных точек, нейрохирургические</p>	103	2	14	14	37	36

		методы лечения Специализированные методы лечения. Лучевая терапия. Гипербарическая оксигенация. Гемотрансфузии и другие виды инфузионной терапии. Диетотерапия неврологических больных. Рефлекторные методы лечения: корпоральная рефлексотерапия, аурикулотерапия, прижигание.						
5.	Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи	<p>Вертеброгенные поражения нервной системы Патогенез, классификация, клиническая картина вертеброгенных поражений нервной системы (рефлекторные синдромы, корешковые синдромы, сосудистая миелопатия). Дифференциальная диагностика. Типы течения и стадии. Особенности клинической картины вертеброгенных поражений нервной системы в молодом и пожилом возрасте. Лечение вертеброгенных поражений нервной системы на разных стадиях (медикаментозное, рефлекторное, ортопедическое, лечебная физкультура, физиотерапия, мануальная терапия, санаторно-курортное лечение). Организация этапного лечения. Профилактика. Экспертиза трудоспособности. Показания к нейрохирургическому лечению.</p> <p>Поражения нервных корешков, узлов, сплетений Менингоградикулопатии, радикулоневропатии (шейные, грудные, пояснично-крестцовые). Ганглиопатия. Травмы сплетений: шейного, верхнего плечевого, нижнего плечевого, плечевого тотального, пояснично-крестцового. Дифференциальный диагноз Поэтапное лечение и реабилитация. Фармакотерапия. Физиотерапия. Рефлекторная терапия. Санаторно-курортное лечение. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.</p> <p>Множественное поражение спинномозговых корешков, черепных и периферических нервов Мультифокальная моторная невропатия. Множественная мононевропатия. Множественная радикулопатия. Диффузные поражения периферической нервной системы. Полиневропатия. Классификация. Этиология. Патогенез. Аксонопатия и миелінопатия. Синдром Гийена-Барре. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия. Диспротеинемические полиневропатии. Инфекционные полиневриты. Токсические полиневропатии (при хронических интоксикациях, токсикоинфекциях,</p>	67	2	14	14	37	

		<p>медикаментозные, blastomatозные). Аллергические полиневропатии (вакцинальные, сывороточные, медикаментозные и др.). Дисметаболические полиневропатии: при дефиците витаминов, при эндокринных заболеваниях, при болезнях печени и почек и др. Полиневропатии при аутоиммунных заболеваниях. Идиопатические и наследственные полиневропатии.</p> <p>Наследственные полиневропатии</p> <p>Наследственные моторно-сенсорные невропатии: Болезнь Шарко – Мари – Тута (классификация, клиническая картина, диагностика, лечение); Болезнь Дежерина – Сотта; Другие наследственные моторно-сенсорные невропатии. Наследственные сенсорно-вегетативные невропатии: семейная амилоидная невропатия; порфирийная полиневропатия. Дифференциальный диагноз полиневропатий. Поэтапное лечение и реабилитация (фармакотерапия, физиотерапия, рефлекторная терапия, санаторно-курортное лечение, реабилитация). Диспансеризация. Профилактика. Экспертиза нетрудоспособности.</p> <p>Поражение отдельных периферических нервов</p> <p>Травматические. Компрессионно-ишемические: синдром запястного канала, синдром канала Гийена (поражение локтевого нерва в области кисти), синдром кубитального канала (поражение локтевого нерва в локтевой области), синдромы поражения лучевого и срединного нервов в локтевой области, поражение надлопаточного и подмышечного нервов, синдром тарзального канала, синдром малоберцового нерва, синдром бокового кожного нерва. Воспалительные мононевриты. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация (фармакотерапия, физиотерапия, рефлекторная терапия, санаторно-курортное лечение, реабилитация). Диспансеризация. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.</p> <p>Поражение черепных нервов</p> <p>Клиническая картина поражения зрительного, глазодвигательного, блокового, тройничного, лицевого, отводящего, кохлеарного, блуждающего, добавочного, подъязычного нервов. Дифференциальный диагноз. Поэтапное лечение и реабилитация (фармакотерапия, физиотерапия, рефлекторная терапия, санаторно-курортное лечение, реабилитация). Диспансеризация. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

		<p>Лицевые боли (прозопалгии) Этиология, патогенез и классификация. Клиническая картина (невралгия тройничного нерва, невралгия тройничного нерва, невралгия носоресничного нерва, невралгия ушно-височного нерва, невралгия языкоглоточного нерва, невралгия крылонебного узла, атипичная лицевая боль, невралгия ресничного узла, невралгия коленчатого узла, невралгия ушного узла, стоматалгия, глоссалгия, болевая миофасциальная дисфункция лица, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, сосудистые прозопалгии, психогенные прозопалгии). Дифференциальная диагностика. Поэтапное лечение и реабилитация (фармакотерапия, физиотерапия, рефлексотерапия). Диспансеризация Профилактика. Медико-социальная экспертиза.</p> <p>Прогрессирующие мышечные дистрофии Классификация и клинические варианты. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Врожденные миопатии. Метаболические миопатии. Воспалительные миопатии. Токсические миопатии. Миотонии: Врожденная миотония (болезни Томсена, Эйленбурга). Дистрофические миотонии (1-ый, 2-ой тип). Дистрофическая миотония</p> <p>Периодический паралич (пароксизмальная миоплегия): гипокалиемическая форма, гиперкалиемическая форма. Диагностика и лечение.</p> <p>Миастения Миастения. Миастенический синдром Ламберта-Итона. Миастенический и холинергический кризисы. Диагностика. Лечение</p>						
6.	Инфекционные заболевания центральной нервной системы	<p>Классификация инфекционных заболеваний центральной нервной системы Острые вирусные энцефалиты (герпетический энцефалит, клещевой энцефалит, энцефалиты, вызванные другими арбовирусами, цитомегаловирусный энцефалит, постинфекционные энцефалиты и энцефаломиелиты). Лечение и профилактика. Гнойные менингиты (менингококковый, пневмококковый, вызванный гемофильной палочкой, стафилококковый, стрептококковый, вызванный энтеробактериями, вызванный другими возбудителями). Лечение и профилактика. Острые серозные менингиты (острый лимфоцитарный хореоменингит,</p>	67	2	14	14	37	

		<p>паротитный, энтеровирусный, герпетический, вызванный другими вирусами). Лечение и профилактика. Другие острые вирусные инфекции (бешенство, полиомиелит).</p> <p>Подострые и хронические менингиты Туберкулезный. Бруцеллезный. Вызванные другими бактериальными возбудителями. Вызванные грибками и простейшими.</p> <p>Абсцесс головного мозга: этиология, патогенез, клиника, лечение</p> <p>Нейросифилис: классификация, клиника, диагностика, лечение</p> <p>Поражение центральной нервной системы при клещевом боррелиозе: этиология и эпидемиология, патогенез и патоморфология, клинические проявления поражений нервной системы</p> <p>Поражение центральной нервной системы при ВИЧ-инфекции: ВИЧ-энцефалопатия, ВИЧ-миелопатия, поражения, вызванные условно патогенными возбудителями</p> <p>Ботулизм: этиология и эпидемиология, патогенез и патоморфология, клинические проявления ботулизма</p> <p>Поражение нервной системы при паразитарных заболеваниях: токсоплазмоз, цистицеркоз, эхинококкоз, малярия</p> <p>Эпидуриты и пахименингиты головного и спинного мозга: этиология, клиника, диагностика, лечение</p> <p>Миелиты: этиология, клиника, диагностика, лечение</p> <p>Поражение центральной нервной системы при риккетсиозах: этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>Прогрессирующие инфекционные заболевания нервной системы Подострый склерозирующий панэнцефалит. Краснушечный энцефалит. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия. Прионные заболевания. Диагностика. Лечение и профилактика. Болезнь Уиппла.</p> <p>Поражение центральной нервной системы при системных инфекционных заболеваниях (при сепсисе, при бактериальном эндокардите).</p> <p>Медико-социальная экспертиза при инфекционных заболеваниях центральной нервной системы: экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза.</p>						
7.	Сосудистые заболевания нервной системы	<p>Острые нарушения мозгового кровообращения Ишемический инсульт. Эпидемиология инсульта. Факторы риска. Патогенетические механизмы ишемического инсульта. Феномен</p>	67	2	14	14	37	

		<p>внутричерепного обкрадывания. Феномен обратного внутричерепного обкрадывания. Феномен обкрадывания позвоночных артерий при закупорке подключичных артерий. Избыточное и недостаточное коллатеральное кровообращение. Феномен невозобновления перфузии мозга после церебральной ишемии. Феномен возобновления мозгового кровообращения на дофункциональном уровне (зона «полутени» - пенумбра). Метаболические изменения в очаге ишемии и в зоне «полутени» по соседству. Клиника тромбоза мозговых артерий. Клиника эмболий мозговых артерий. Клиника нетромботической гемодинамической ишемии. Клиника лакунарного инфаркта. Топическая диагностика ишемических поражений мозга. Диагноз ишемического инсульта. Инструментальные методы исследования в диагностике ишемического инсульта. Лечение ишемического инсульта. Первичная и вторичная профилактика ишемического инсульта. Трудовая и социальная реабилитация при последствиях ишемического инсульта. Медико-социальная экспертиза при последствиях ишемического инсульта</p> <p>Кровоизлияние в мозг, этиология и факторы риска (геморрагический инсульт). Патогенез кровоизлияния в мозг. Клиника кровоизлияния. Клиника кровоизлияния в полушария мозга. Клиника кровоизлияния в ствол мозга. Клиника кровоизлияния в мозжечок. Инструментальные методы исследования в диагностике геморрагического инсульта. Формулирование диагноза кровоизлияния в мозг. Лечение кровоизлияний в мозг. Профилактика геморрагического инсульта. Трудовая и социальная реабилитация при последствиях кровоизлияний в мозг. Медико-социальная экспертиза при кровоизлиянии в мозг.</p> <p>Преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки). Классификация, этиология и патогенез. Распознавание механизмов преходящих нарушений мозгового кровообращения. Артерио-артериальная атеротромботическая микроэмболия. Синдромы бассейна внутренней сонной артерии. Синдромы вертебро-базиллярного бассейна. Субклавио-каротидные и анонимо-каротидные синдромы. Профилактика и лечение транзиторных ишемических атак. Прогноз при преходящих нарушениях мозгового кровообращения. Медико-социальная экспертиза при преходящих нарушениях мозгового кровообращения. Синдром острой задней</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>лейкоэнцефалопатии. Острая гипертоническая энцефалопатия. Дисциркуляторная энцефалопатия. Определение, этиология, патогенез. Роль поражения малых и крупных артерий в развитии дисциркуляторной энцефалопатии. Клиническая картина, стадии, критерии диагностики дисциркуляторной энцефалопатии. Дифференциальный диагноз. Формулирование диагноза. Профилактика и лечение. Медико-социальная экспертиза при дисциркуляторной энцефалопатии. Диспансеризация больных с дисциркуляторной энцефалопатией.</p> <p>Аневризмы артерий мозга (интракраниальные аневризмы) Классификация аневризм. Этиология аневризм. Морфология аневризм. Локализация аневризм Клиника разрыва аневризм. Синдром каротидно-кавернозного соустья. Инструментальные методы исследования, дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение субарахноидального кровоизлияния при разрыве интракраниальных артериальных и артериовенозных аневризм. Фармакотерапия субарахноидального кровоизлияния при разрыв интракраниальных аневризм.</p> <p>Нарушение венозного кровообращения головного мозга Этиология и патогенез. Тромбоз вен и тромбозы твердой мозговой оболочки. Тромбоз поверхностных вен мозга. Тромбоз глубоких вен мозга. Синдром окклюзии верхней полой вены. Дифференциально-диагностические признаки нарушений артериального и венозного кровообращения. Лечение нарушений интракраниального венозного кровообращения. Профилактика нарушений интракраниального венозного кровообращения</p> <p>Нарушения кровообращения спинного мозга Классификация, этиология, патогенез. Синдром верхнего сосудистого бассейна. Синдром нижнего сосудистого бассейна. Нарушение кровообращения в спинном мозге при поражении аорты и радикуломедуллярной артерии. Кровоизлияния в спинном мозге. Преходящие нарушения спинального кровообращения. Артериовенозные мальформации спинного мозга. Дифференциальный диагноз при острых расстройствах спинального кровообращения. Лечение нарушений спинального кровообращения. Профилактика нарушений спинального кровообращения. Реабилитация при</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

		последствиях расстройств спинального кровообращения. Медико-социальная экспертиза при нарушениях спинального кровообращения.							
8.	Вегетативные расстройства	<p>Классификация вегетативных расстройств. Центральные вегетативные расстройства. Синдром вегетативной дистонии (психовегетативный синдром)</p> <p>Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика вегетативной дистонии. Дифференцированное лечение вегетативной дистонии. Вегетативные кризы. Терминология и классификация. Этиология и патогенез, понятие о паническом расстройстве. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Нейрогенные обмороки. Классификация. Рефлекторные обмороки, вазодепрессорные (нейрокардиогенные) обмороки.</p> <p>Периферические вегетативные расстройства</p> <p>Синдром периферической вегетативной недостаточности. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика периферической вегетативной недостаточности. Лечение периферической вегетативной недостаточности.</p> <p>Нейрогенные нарушения тазовых функций при различных уровнях поражения нервной системы</p> <p>Нарушения мочеиспускания, классификация, этиология и патогенез. Лечение нейрогенного мочевого пузыря. Нарушения дефекации: запоры и недержание кала, каловый завал. Лечение нарушений дефекации. Сексуальная дисфункция.</p> <p>Вегетативные нарушения при отдельных заболеваниях.</p> <p>Вегетативные нарушения при инфекционных заболеваниях (ботулизме, герпесе, ВИЧ-инфекции). Вегетативные нарушения при профессиональных заболеваниях.</p> <p>Принципы лечения вегетативных нарушений. Фармакотерапия вегетативных нарушений (вегетотропные средства, психотропные средства).</p> <p>Немедикаментозные методы лечения (физические методы, рефлекторные методы)</p> <p>Медико-социальная экспертиза. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности</p>	103	2	14	14	37	36	

9.	Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы	<p>Наследственные нейрометаболические заболевания. Болезни с нарушением обмена липидов. Липидозы. Лейкодистрофии. Болезни с нарушением обмена аминокислот. Фенилкетонурия. Нарушения обмена тирозина. Нарушения обмена аминокислот с разветвлённой цепью. Нарушения обмена жирных кислот, транспорта жирных кислот. Нарушения обмена серосодержащих аминокислот. Нарушение обмена цикла мочевины. Гликогенозы. Муколипидозы. Мукополисахаридозы. Нарушения обмена пуринов. Нарушения обмена меди. Нарушения обмена железа.</p> <p>Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы с преимущественным поражением экстрапирамидной системы. Классификация экстрапирамидных расстройств. Заболевания, протекающие с синдромом паркинсонизма. Болезнь Паркинсона: этиология, патогенез, эпидемиология; клиника, диагностика; лечение. Аутосомно-рецессивный ювенильный паркинсонизм. Вторичный паркинсонизм. Прогрессирующий надъядерный паралич. Мультисистемная атрофия. Кортикобазальный синдром. Лобно-височная деменция с паркинсонизмом. Заболевания, протекающие с синдромом мышечной дистонии. Заболевания, протекающие с синдромом хореи. Классификация хореи. Болезнь Гентингтона. Доброкачественная наследственная хорея. Сенильная хорея. Эссенциальный тремор. Первичные тики. Синдром Туретта. Заболевания, протекающие с миоклоническим синдромом. Классификация миоклонии. Эссенциальная миоклония, прогрессирующая миоклоническая атаксия, прогрессирующая миоклоническая эпилепсия. Наследственные нейрометаболические заболевания, проявляющиеся различными экстрапирамидными синдромами. Гепатолентикулярная дегенерация. Нейродегенеративное заболевание с накоплением железа I типа. Семейный кальциноз базальных ганглиев (болезнь Фара)</p> <p>Наследственные и дегенеративные заболевания с преимущественным поражением мозжечковой и пирамидной систем. Классификация наследственных мозжечковых атаксий: мозжечковые атаксии с ранним началом (атаксия Фридрейха, атаксия, связанная с недостаточностью витамина E, X-сцепленная рецессивная спиноцеребеллярная атаксия, атаксия-телангиоэктазия), мозжечковая</p>	67	2	14	14	37	
----	---	--	----	---	----	----	----	--

		<p>атаксия с поздним началом (аутосомно-доминантные мозжечковые (спиноцеребеллярные) атаксии, эпизодические мозжечковые атаксии, идиопатическая мозжечковая дегенерация), врожденные (непрогрессирующие) мозжечковые атаксии, наследственная спастическая параплегия.</p> <p>Болезни двигательных нейронов. Классификация. Боковой амиотрофический склероз (этиология, патогенез, эпидемиология; клиническая картина; диагностика и дифференциальная диагностика, лечение); Первичный боковой склероз; прогрессирующий бульбарный паралич; спинальные амиотрофии (спинальная амиотрофия Верднига – Гофмана, спинальная амиотрофия детского возраста, ювенильная спинальная амиотрофия (Кугельберга – Веландер), бульбоспинальная амиотрофия (Кеннеди), другие типы спинальных амиотрофий).</p> <p>Дегенеративные заболевания с преимущественным нарушением когнитивных функций. Синдромальная и нозологическая классификация деменций. Классификация деменций. Болезнь Альцгеймера. Лобно-височные деменции и другие фокальные корковые дегенерации мозга. Деменция с тельцами Леви.</p> <p>Наследственные нейроэктодермальные дисплазии (факоматозы). Классификация. Нейрофиброматоз (I типа, II типа). Туберозный склероз. Болезнь Стерджа – Вебера (энцефалотригеминальный ангиоматоз). Болезнь Гиппеля – Линдау (системный цереброретиновисцеральный ангиоматоз). Болезнь Клиппеля-Тренона-Вебера (врожденный ангиоматоз спинного мозга и кожи).</p> <p>Хромосомные болезни человека: синдром Дауна, синдром Клайнфельтера, синдром Шерешевского – Тернера, синдром трисомии X, синдром Клайнфельтера, синдром ломкой X-хромосомы.</p> <p>Эпилепсия. Эпилепсия (общие данные, эпидемиология). Современная классификация. Понятие о болезни. Понятие о синдроме. Понятие о реакции. Этиологическая классификация. Инфекционно-воспалительная. Перинатальная патология. Сосудистая эпилепсия. Травматическая эпилепсия. Патогенез эпилепсии. Общие механизмы возникновения заболевания. Нейрофизиологические аспекты. Роль глубоких структур в генезе эпилепсий. Биохимические аспекты. Иммунологические сдвиги и аллергия при эпилепсии. Роль</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

		<p>наследственности. Предрасположенность (врожденная, приобретенная). Гидроцефалические изменения. Патоморфологическая картина эпилепсии. Клинические формы приступов. Клинические формы эпилепсии. Диагностика эпилепсии. Эпилепсия детского возраста. Эписиндром в неонатальном периоде и младенческом возрасте. Доброкачественные идиопатические неонатальные судороги. Ранняя (неонатальная) миоклоническая энцефалопатия. Ранняя эпилептическая энцефалопатия с электроэнцефалографическим феноменом «супрессия-разряды». Эпилептический синдром раннего детского возраста. Эпилептические синдромы детского и подросткового возраста. Лечение эпилепсии: монотерапия, комплексное лечение, хирургическое лечение, рефлексотерапия. Трудовая адаптация.</p> <p>Медико-социальная экспертиза при наследственных и дегенеративных заболеваниях центральной нервной системы</p>						
10.	Травмы нервной системы	<p>Черепно-мозговая травма. Эпидемиология, причины, патогенез и патоморфология. Классификация, критерии тяжести. Клинические формы черепно-мозговой травмы: легкая, среднетяжелая и тяжелая ЧМТ. Периоды черепно-мозговой травмы. Осложнения: внутричерепные и внечерепные (системные). Посткоммоционное состояние. Последствия черепно-мозговой травмы: резидуальные, прогрессирующие. Диагностика и дифференциальная диагностика черепно-мозговой травмы. Особые варианты черепно-мозговой травмы. Сочетанная черепно-мозговая травма. Лечение черепно-мозговой травмы: в остром периоде, восстановительная терапия в промежуточном и отдаленном периодах травмы, социальная и профессиональная реабилитация. Исход черепно-мозговой травмы. Медико-социальная экспертиза.</p> <p>Травма спинного мозга и позвоночника. Причины, патогенез и патоморфология. Классификация позвоночно-спинномозговой травмы. Клинические формы травмы спинного мозга. Осложнения: внутрипозвоночные (инфекционные, неинфекционные), системные. Сочетанные повреждения при позвоночно-спинномозговой травме. Диагностика и дифференциальная диагностика позвоночно-спинномозговой травмы. Последствия и исход позвоночно-спинномозговой травмы. Лечение позвоночно-спинномозговой травмы. Лечение в остром периоде. Восстановительная терапия. Социальная и</p>	63	2	12	12	37	

		<p>профессиональная реабилитация. Поддерживающая терапия (лечение трофических нарушений, тазовых расстройств). Медико-социальная экспертиза.</p> <p>Травмы периферической нервной системы. Эпидемиология, патогенез, патоморфология. Классификация. Травмы отдельных нервных структур. Отрыв и другие повреждения спинномозговых корешков. Поражения плечевого сплетения. Поражения подкрыльцового нерва. Поражение кожно-мышечного нерва плеча. Поражение срединного нерва. Поражение лучевого нерва. Поражение локтевого нерва. Поражение пояснично-крестцового сплетения. Поражение бедренного нерва. Поражение малоберцового нерва. Поражение большеберцового нерва. Каузалгия и комплексный региональный болевой синдром. Фантомные синдромы. Диагностика. Прогноз и исход. Лечение и реабилитация. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Социальная и профессиональная реабилитация. Медико-социальная экспертиза.</p>						
11.	Опухоли нервной системы	<p>Опухоли головного мозга. Патоморфология. Патогенез. Классификация. Супратенториальные и субтенториальные опухоли. Вторичные (метастатические) опухоли. Диагностика опухолей головного мозга. Инструментальные методы исследования. Пункционная биопсия опухоли. Дифференциальная диагностика. Лечение: хирургическое лечение (показания, противопоказания), лучевая терапия, химиотерапия. Реабилитация. Медико-социальная экспертиза при опухолях головного мозга. Диспансеризация.</p> <p>Опухоли спинного мозга и периферических нервов. Опухоли спинного мозга. Патоморфология. Патогенез. Клинико-топическая классификация. Клиника опухолей различного уровня. Клиника опухолей поперечной локализации. Опухоли периферических нервов. Невринома. Нейрофиброма. Нейробластома. Опухоли вегетативной нервной системы. Ганглионеврома (симпатикоцитомы). Хемодектома (параганглиома). Неврологическое исследование. Инструментальные методы исследования. Дифференциальная диагностика. Лечение. Хирургическое лечение. Показания и противопоказания. Консервативное лечение. Социальная и профессиональная реабилитация. Медико-социальная экспертиза. Диспансеризация.</p>	103	2	14	14	37	36

12.	Неотложные состояния в неврологии	<p>Клиника неотложных состояний. Комы. Кома при структурном поражении мозга. Дисметаболическая кома.</p> <p>Диагностика коматозных состояний. Шок: травматический, анафилактический, токсический. Эпилептический статус. Акинетический мутизм. Синдром внезапного падения. Катаlepsия. Тетанический статус. Акинетический криз. Гипертензионно-гидроцефальный криз. Миастенический криз. Холинергический криз. Вегетативная «буря». Злокачественный нейролептический синдром. Серотониновый синдром. Злокачественная гипертермия. Диагностика на госпитальном этапе. Определение профиля госпитализируемых больных с неотложным состоянием. Дифференциальная диагностика.</p> <p>Методы интенсивной терапии. Организационные мероприятия. Организация и оснащение палат интенсивной терапии, реанимационного отделения, специализированной бригады скорой помощи, пункта неотложной помощи в поликлинике. Клинические и лабораторно-инструментальные методы контроля за состоянием больных. Принципы интенсивной терапии. Сочетание этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии неотложных состояний. Реанимационные мероприятия. Патогенетическое лечение неотложных состояний. Профилактика неотложных состояний.</p>	63	2	12	12	37	
13.	Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы	<p>Классификация демиелинизирующих заболеваний: рассеянный склероз, острый рассеянный энцефаломиелит, оптикомиелит. Рассеянный склероз: этиология и патогенез, классификация, клиническая картина. Варианты рассеянного склероза: клинически изолированные синдромы, острый склероз Марбурга, оптикомиелит (болезнь Девика), диффузный склероз Шильдера, концентрический склероз Балло. Диагностика рассеянного склероза: критерии диагностики рассеянного склероза, данные магнитно-резонансной томографии при рассеянном склерозе, данные исследования цереброспинальной жидкости, исследование вызванных потенциалов в диагностике рассеянного склероза. Дифференциальный диагноз.</p> <p>Клиническое течение и прогноз. Лечение. Острый рассеянный энцефаломиелит: этиология и патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Оптикомиелит: этиология, патогенез, диагностика, лечение. Заболевания, характеризующиеся осмотической демиелинизацией:</p>	64	2	14	14	37	

		центральный понтинный миелолиз, экстрапонтинный миелолиз. Медико-социальная экспертиза при рассеянном склерозе и других демиелинизирующих заболеваниях.							
14.	Детская неврология (раздел изучается на базе ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России)	<p>Детский церебральный паралич. Этиология, патогенез, эпидемиология. Клинические формы. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>Врожденные аномалии. Аномалии развития спинного мозга и позвоночника: спинальный дизрафизм, миелодисплазии, диастематомиелия, синдром Клиппеля – Вейля, сирингомиелия (Этиология и патогенез, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение). Аномалии развития головного мозга и черепа: краниовертебральные аномалии (аномалии Арнольда – Киари, аномалия Арнольда - Киари первого типа, аномалия Арнольда- Киари второго типа, аномалия Арнольда – Киари третьего типа, базилярная импрессия, платибазия, синдром Денди-Уокера). Другие аномалии развития головного мозга и черепа: анэнцефалия, краниорахишизис, ининэнцефалия, энцефалоцеле, врожденная гидроцефалия, врожденные мальформации, мозолистого тела, аринэнцефалия, агирия, микрогирия, пахигирия, перегородочно-зрительная дисплазия, мегалэнцефалия, врожденные церебральные кисты, голопрозэнцефалия.</p> <p>Эпилепсия и эпилептические синдромы у детей: идиопатическая парциальная эпилепсия с возрастзависимым началом, идиопатические генерализованные эпилепсии и синдромы, симптоматическая генерализованная эпилепсия и синдромы, эпилептический статус у детей.</p> <p>Тики и синдром Туретта у детей. Распространенность тиков у детей, варианты течения, когнитивные дисфункции.</p> <p>Энурез (классификация, диагностические критерии, лечение).</p>	173	2	12	12	39	36	
ИТОГО			1080	32	192	192	520	144	

5. Виды самостоятельной работы

№ п/п	Вид самостоятельной работы	Трудоёмкость, акад. час.
1.	Изучение литературы по модулям (темам)	60
2.	Подготовка рефератов и докладов по предложенной тематике, которые заслушиваются на практическом занятии	40
3.	Подготовка учебных схем, таблиц, слайдов, учебных видеофильмов	30
4.	Создание тематических учебных наборов инструментальных данных и лабораторных исследований	30
5.	Написание учебных историй болезни	30
6.	Работа с учебной и научной литературой	50
7.	Подготовка к тестовому контролю, решение ситуационных задач	40
8.	Дополнение конспекта лекции рекомендованной научно-методической литературой.	60
9.	Выполнение научно-исследовательской работы по актуальным вопросам теоретической и практической медицины с оформлением результатов в виде печатных работ и выступлений на внутренних и внешних конференциях	40
10.	Участие во внутренних конференциях отделения и учреждения, во внешних научно-практических конференциях	30
11.	Участие в разборах клинических случаев, патолого-анатомических конференциях	40
12.	Участие в обходах специалистами отделения	40
13.	Участие в заседаниях проблемно-плановой комиссии	30

6. Учебно-методическое обеспечение дисциплины

6.1. Список литературы

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания
1.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 1. Неврология / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 640 с.
2.	Нервные болезни [Текст] : [учебное пособие для послевузовского образования врачей] / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - 8-е изд. - Москва : МЕДпресс-информ, 2014. - 554 с. : ил
3.	Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу [Электронный ресурс] / Бер М., Фротшер. - Москва: Практическая медицина, 2018 г. – 601 с.
4.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей / 9-е изд. [Электронный ресурс] / Скоромец А.А. - Москва: Политехника, 2018 г. – 663с.
5.	Геморрагический инсульт [Электронный ресурс]/ Скворцова В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005 г. – 176 с.
6.	Болезнь Паркинсона [Текст] : / Левин О. С. - 2-е изд. - М. МЕДпресс-информ, 2012. - 351 с. : [1] л.
7.	Колесников Л.Л., Анатомия человека: атлас: в 3 т. [Электронный ресурс] / автор-составитель Л.Л. Колесников - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 480 с.
8.	Нервные болезни: учебник [Электронный ресурс] / Скоромец А.А. - М. : МЕДпресс-информ, 2022 г. - 584 с.

9.	Детская неврология [Электронный ресурс] /Бадалян Л. - М. : МЕДпресс-информ, 2021 г. - 608 с.
10.	Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы [Электронный ресурс] : [учеб.-метод. пособие для мед. вузов] / [В. И. Скворцова, Л. Г. Ерохина, Н. С. Чекнева и др.] ; под ред. В. И. Скворцовой. - М. : Литтерра, 2012. - 256 с.
11.	Экстрапирамидные синдромы. Руководство для врачей/ Левин О.С., Иллариошкин С.Н., Голубев В.Л., 2022. 772 с. : ил.
12.	Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни/ Гусев Е. И. 2014. 1040 с.
13.	Рассеянный склероз: вопросы диагностики и лечения/ Захарова М. Н. - М. : Медиа Менте, - 2018 г. - 240 с.
14.	Неврология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Авакян Г. Н. и др.] ; гл. ред. Е. И. Гусев [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1035 с. : ил.
15.	Санадзе А.Г., Миастения и миастенические синдромы [Электронный ресурс] / Санадзе А.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с.
16.	Интенсивная терапия [Электронный ресурс] / под ред. Гельфанда Б.Р., Заболотских И.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019.
17.	Руденская Г. Е., Наследственные нейрометаболические болезни юношеского и взрослого возраста [Электронный ресурс] / Г. Е. Руденская, Е. Ю. Захарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 392 с.
18.	Пирадов М.А., Инсульт : пошаговая инструкция [Электронный ресурс] / Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с.
19.	Крылов В.В., Нейрореаниматология [Электронный ресурс] : практическое руководство / В. В. Крылов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023 - 176 с.
20.	Кадыков А. С., Практическая неврология [Электронный ресурс] / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с.
21.	Авакян Г.Н., Рациональная фармакотерапия в неврологии [Электронный ресурс] / Г.Н. Авакян, А.Б. Гехт, А.С. Никифоров ; под общ. ред. Е.И. Гусева - М. : Литтерра, 2018. - 752 с.
22.	Котенко К.В., Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы [Электронный ресурс] / К.В. Котенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 656 с.
23.	Завалишин И.А., Хронические нейроинфекции [Электронный ресурс] / под ред. И. А. Завалишина, Н. Н. Спирина, А. Н. Бойко, С. С. Никитина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 592 с.
24.	Гусев Е.И., Эпилепсия и ее лечение [Электронный ресурс] / Гусев Е.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с.
25.	Табеева Г.Р., Головная боль [Электронный ресурс]: руководство для врачей / Табеева Г.Р. - М. : - 2-е изд., пере- раб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 296 с.

6.2. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», обеспечивающие доступ (удаленный доступ) к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, используемые в процессе освоения дисциплины

№ п/п	Наименование ресурса	Адрес сайта
1	Справочно-правовая система «КонсультантПлюс»	http://www.consultant.ru/
2	Информационно-образовательный проект №1	https://praesens.ru/

3	Медицинская статистика	http://medstatistic.ru/
4	Консультант врача Электронная медицинская библиотека	http://www.rosmedlib.ru/
5	Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU	https://elibrary.ru/
6	Бесплатная электронная библиотека «Единое окно доступа к информационным ресурсам»	http://window.edu.ru/

6.3. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. <http://www.consultant.ru> Консультант – компьютерная справочная правовая система в РФ;
2. <https://www.garant.ru> Гарант – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации;
3. <https://www.elibrary.ru> – eLIBRARY.RU научная электронная библиотека.

6.4. Программное обеспечение

- MICROSOFT WINDOWS 7, 10;
- MS Office (Word, Excel, Power Point) 2010, 2013;
- Антивирус Касперского (Kaspersky Endpoint Security);
- iSpring;
- ZOOM;
- Adobe Reader; – Adobe Flash Player;
- Google Chrom, Mozilla Firefox, Mozilla Public License;
- 7-Zip;
- Учебная версия медицинской информационной системы медицинской организации (InterinPromis, InterinPromisAlfa, ЕМИАС или аналогичные);
- Свободное программное обеспечение для создания блок-схем (draw.io);
- Сайт клинических рекомендаций Минздрава РФ (cr.rosminzdrav.ru);
- Портал нормативно-справочной информации Минздрава РФ (nci.rosminzdrav.ru);
- Клинический калькулятор (Clinicalcalc.com).

7. Материально-техническое обеспечение дисциплины

При реализации образовательной программы для изучения дисциплины

Неврология

Название дисциплины и модуля (при наличии)

используются следующие компоненты материально-технической базы НИИ СП им. Н.В.Склифосовского:

1. Библиотечный фонд ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ.
2. Библиотечный фонд Центральной научной медицинской библиотеки ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет) – Электронно-библиотечная система (обеспечивающая одновременный доступ не менее 25% обучающихся по программе ординатуры).
3. Ежегодно обновляемое лицензионное программное обеспечение Microsoft:
 - Microsoft Office 2007 Russia Government OPEN Level C Microsoft Office Professional Plus 2007 Russia Government OPEN Level C, номер лицензии: 44801675 (бессрочная);
 - Microsoft Office Professional Plus 2010 Russia Government OPEN 1 License Level A, номер

лицензии: 47777193(бессрочная);

- Microsoft Windows Professional 7 Russian OPEN 1 License No Level Legalization Get Genuine Номер лицензии: 47762906 (бессрочная).

4. Конференц-зал (занятия лекционного и семинарского типа). Проектор – 1 шт., экран – 1 шт., АРМ преподавателя – 1 шт., микшер – 1 шт., микрофон – 3шт., плазменные панели – 2 шт., колонки – 4 шт., кресла, кафедра.

5. Учебные аудитории для проведения занятий практического типа, оснащенные столами, стульями, наглядными учебно-методическими пособиями.

Анатомический зал, предусмотренный для работы с биологическими моделями.

6. Ординаторская (помещение для самостоятельной работы с подключением к сети «Интернет» и с доступом в электронную информационно-образовательную среду, в том числе с одновременным доступом не менее 25% обучающихся по программе ординатуры).

8. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (модуля)

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

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

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

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Наличие в Институте электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ОВЗ.

Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ОВЗ определены в Положении об организации получения образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

9. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости

9.1 Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине (модулю) Неврология

9.1.1 Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

№ п./п.	Контролируемые разделы дисциплины (модуля) ¹	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства ²
1.	Организация неврологической службы в Российской Федерации	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
2.	Семиотика и топографическая анатомия заболеваний нервной системы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
3.	Методы исследования в неврологии	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
4.	Принципы и методы лечения неврологических больных	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
5.	Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
6.	Инфекционные заболевания центральной нервной системы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
7.	Сосудистые заболевания нервной системы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде

¹ Наименование разделов берется из рабочей программы дисциплины (модуля).

² Наименование оценочного средства и способ осуществления оценки компетенции (части контролируемой компетенции) (устно, письменно, компьютерные технологии и др.).

			Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
8.	Вегетативные расстройства	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
9.	Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
10.	Травмы нервной системы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
11.	Опухоли нервной системы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
12.	Неотложные состояния в неврологии	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
13.	Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
14.	Детская неврология (раздел изучается на базе ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России)	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно

Оценивание ответа обучающегося при устном опросе

Оценка (пятибалльная)	Критерии оценивания устного опроса				
отлично	Ординатор	глубоко	усвоил	программный	материал,

Оценка (пятибалльная)	Критерии оценивания устного опроса
	исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.
хорошо	Ординатор твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.
удовлетворительно	Ординатор имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.
неудовлетворительно	Ординатор не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Вопросы для устного опроса 1 семестр:

1. Синдромы угнетения сознания. Менингеальный синдром.
2. Пирамидный синдром. Дифференциальная диагностика центрального и периферического пареза.
3. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности.
4. Основные синдромы поражения лобной, височной, теменной и затылочной долей.
5. Бульбарный и псевдобульбарный синдром. Мозжечковые расстройства.
6. Расстройства высших мозговых функций.
7. Гипокинетико-гипертонические синдромы, гиперкинетико-гипотонические синдромы.
8. Основные синдромы поражения продолговатого мозга, моста, среднего мозга.
9. Полное и половинное поперечное поражение спинного мозга, синдром конуса и эпиконуса.
10. Определение плексопатии, радикулопатии, ганглиопатии. Клинические проявления синдрома конского хвоста.

11. Классификация головной боли. Патогенез первичных головных болей.
12. Порядок оценки неврологического статуса. Оценка уровня сознания.
13. Исследование двигательной и чувствительной сферы. Методы выявления скрытого пареза. Методы оценки высших мозговых функций.
14. Патологические рефлексы (кистевые, стопные). Рефлексы орального автоматизма.
15. Координаторные пробы. Виды нарушения походки.
16. Люмбальная пункция. Техника выполнения. Показания и противопоказания к проведению.
17. Ультразвуковые и рентгенологические методы исследования в неврологии.
18. Нейрофизиологические методы исследования: электромиография, электроэнцефалография. Основной принцип методов. Показания и противопоказания к проведению.
19. Компьютерная и магнитно-резонансная томография. Ангиография. Радиоизотопные методы исследования. Основной принцип методов. Показания к проведению.

Вопросы для устного опроса 2 семестр:

1. Классификация головной боли. Патогенез первичных головных болей.
2. Ишемический инсульт, факторы риска. Патогенетические варианты ишемического инсульта по TOAST и диагностика. Метаболические изменения в очаге ишемии и в зоне «полутени».
3. Топическая диагностика и клиническая картина ишемических поражений головного мозга. Формулирование диагноза ишемического инсульта.
4. Медикаментозное и немедикаментозное лечение ишемического инсульта. Основы терапии. Принципы назначения дезагрегантной и антикоагулянтной терапии. Показания и противопоказания к тромболитической терапии. Первичная и вторичная профилактика ишемического инсульта
5. Геморрагический инсульт, этиология и факторы риска. Патогенез внутримозгового кровоизлияния. Клиническая картина и диагностика внутримозгового кровоизлияния. Особенности геморрагического инсульта полушарной, стволовой и мозжечковой локализации.
6. Формулирование диагноза внутримозгового кровоизлияния. Медикаментозное и немедикаментозное лечение геморрагического инсульта. Основы терапии. Показания и противопоказания к хирургическому лечению геморрагического инсульта.
7. Энцефалопатии различного генеза. Дифференциальная диагностика.
8. Интракраниальные аневризмы: классификация, диагностика, клиническая картина в зависимости от локализации разорвавшейся аневризмы, методы лечения.
9. Нарушение венозного кровообращения головного мозга: классификация, причины, диагностика. Тромбоз поверхностных и глубоких вен мозга.
10. Нарушение спинального кровообращения: патогенез, клиника, диагностика. Лечение и реабилитация пациентов со спинальным инсультом.
11. Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы с преимущественным поражением экстрапирамидной системы: классификация, клиническая картина основных заболеваний.
12. Болезнь Паркинсона: этиология, патогенез, эпидемиология; клиника, диагностика; лечение.
13. Боковой амиотрофический склероз (этиология, патогенез, эпидемиология; клиническая картина; диагностика и дифференциальная диагностика, лечение);

Вопросы для устного опроса 3 семестра:

1. Вертеброгенные заболевания нервной системы: классификация и патогенез. Рефлекторный и корешковый синдром.
2. Миастения и миастеноподобные синдромы: патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Миастенический и холинергический криз.
3. Инфекционные заболевания центральной нервной системы. Классификация инфекционных заболеваний центральной нервной системы.
4. Вирусные и гнойные менингиты: классификация, диагностика, лечение и профилактика.
5. Туберкулезный, бруцеллезный менингит. Менингит, вызванный другими бактериальными возбудителями. Менингит, вызванный грибками и простейшими.
6. Энцефалиты: классификация, диагностика, лечение и профилактика. Острые вирусные энцефалиты. Абсцесс головного мозга.
7. Поражение центральной нервной системы при ВИЧ-инфекции. Нейросифилис: клиническая картина, диагностика, лечение.
8. Поражение нервной системы при паразитарных заболеваниях. Токсоплазмоз. Эхинококкоз.
9. Ботулизм, причины развития, клинические проявления. Поражение центральной нервной системы при клещевом боррелиозе. Поражение центральной нервной системы при риккетсиозах.
10. Эпидуриты и пахименингиты головного и спинного мозга. Миелиты: этиология, клиника, диагностика, лечение.
11. Прогрессирующие инфекционные заболевания нервной системы. Прионные болезни. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия.
12. Классификация демиелинизирующих заболеваний.
13. Рассеянный склероз: этиология и патогенез, классификация.
14. Клиническое течение и прогноз рассеянного склероза.
15. Диагностика рассеянного склероза, критерии постановки диагноза.
16. Лечение рассеянного склероза (лечение обострения, предупреждение обострений и прогрессирования заболевания, симптоматическая терапия)
17. Заболевания, характеризующиеся осмотической демиелинизацией: центральный понтинный миелолиз, экстрапонтинный миелолиз.
18. Острый рассеянный энцефаломиелит: этиология и патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
19. Медико-социальная экспертиза при демиелинизирующих заболеваниях.

Вопросы для устного опроса 4 семестра:

1. Опухоли головного мозга: классификация, патогенез, патоморфология.
2. Опухоли спинного мозга: классификация, патогенез, патоморфология.
3. Опухоли периферических нервов: классификация, патогенез, патоморфология.
4. Диагностика опухолей центральной и периферической нервной системы.
5. Консервативное и хирургическое лечение опухолей центральной и периферической нервной системы. Показания и противопоказания.
6. Медико-социальная экспертиза пациентов с опухолями нервной системы.
7. Клиника и диагностика комы, дифференциальная диагностика.
8. Шок: виды, диагностика.
9. Эпилептический статус.
10. Акинетический криз.

11. Гипертензионно-гидроцефальный криз.
12. Миастенический и холинергический криз.
13. Злокачественный нейролептический синдром.
14. Организация и оснащение палат интенсивной терапии. Клинические и лабораторно-инструментальные методы контроля за состоянием больных: состояние сознания, нервной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, водно-электролитного баланса.
15. Основные принципы и правила некоторых реанимационных мероприятий: искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.
16. Дифференциальный диагноз аксонопатии и миелінопатии.
17. Полинейропатии: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Синдром Гийена-Барре.
18. Синдром запястного канала, канала Гийена, кубитального, тарзального канала.
19. Невропатия лучевого, локтевого, срединного, малоберцового нерва.
20. Симптомы поражения зрительного, глазодвигательного, блокового, отводящего нервов.
21. Невропатия лицевого нерва. Невралгия тройничного нерва.
22. Симптомы поражения кохлеарного, блуждающего, добавочного, подъязычного нерва.
23. Прогрессирующие мышечные дистрофии: классификация и клинические варианты, методы диагностики и лечения.
24. Черепно-мозговая травма: эпидемиология, патогенез, классификация, диагностика черепно-мозговой травмы.
25. Клиническая картина: сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга. Критерии тяжести и периоды черепно-мозговой травмы.
26. Консервативное и хирургическое лечение черепно-мозговой травмы в остром, промежуточном и отдаленном периодах. Реабилитация пациентов с черепно-мозговой травмой.
27. Травма спинного мозга и позвоночника: классификация, патогенез. Диагностика и дифференциальная диагностика позвоночно-спинномозговой травмы.
28. Клиническая картина: сотрясение, ушиб, сдавление спинного мозга. Размозжение спинного мозга с частичным перерывом. Гематомиелия. Хлыстовая травма. Спинальный шок.
29. Консервативное и хирургическое лечение позвоночно-спинномозговой травмы. Лечение трофических нарушений, тазовых расстройств.
30. Травмы периферической нервной системы: классификация, диагностика.
31. Травматическое повреждение сплетений: плечевого и пояснично-крестцового.
32. Травма подкрыльцового, кожно-мышечного нерва плеча. Поражение лучевого, локтевого нерва, срединного нерва. Поражение бедренного, большеберцового, малоберцового нерва.
33. Консервативное и хирургическое лечение, прогноз и исход травм нервной системы. Фантомные синдромы.
34. Врожденные аномалии развития головного мозга и черепа, спинного мозга и позвоночника.
35. Эпилепсия: классификация, клиническая характеристика эпилептических приступов, диагностика. Особенности эпилепсии детского возраста.

36. Принципы терапии больных с эпилепсией. Медикаментозная монотерапия и комбинированная терапия. Хирургическое лечение эпилепсии, показания и противопоказания. Трудовая адаптация пациентов с эпилепсией.

Оценивание обучающегося при решении тестовых заданий

Оценка (пятибалльная)	Количество верных ответов (%)
отлично	75-100
хорошо	50-75
удовлетворительно	25-50
неудовлетворительно	0-25

Тестовые задания 1 семестр.

1. Ахейрокинез это:

- 1) отставание конечности в пробе на ритмику активных движений;
- 2) характерное изменение психики при паркинсонизме;
- 3) отсутствие физиологических синкинезий рук при ходьбе;
- 4) характерное изменение почерка при паркинсонизме.

2. Фиксированная установка взора: «глаза смотрят на очаг» возможна при:

- 1) полушарном поражении головного мозга;
- 2) мостовом поражении головного мозга;
- 3) при расположении очага поражения в стволе головного мозга;
- 4) при компрессии IV желудочка.

3. Компьютерная томография головного мозга противопоказана при поступлении на уровне приёмного покоя, если у больного:

- 1) судорожный синдром;
- 2) явления острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности;
- 3) психомоторное возбуждение;
- 4) всё перечисленное.

4. Показанием для спинномозговой пункции не является:

- 1) воспалительное заболевание центральной нервной системы;
- 2) субарахноидальное кровоизлияние;
- 3) диагностика ликвореи;
- 4) диагностика демиелинизирующих заболеваний.

5. Одностронний птоз и расходящееся косоглазие свидетельствует о поражении:

- 1) глазодвигательного нерва;
- 2) лицевого нерва;
- 3) блокового нерва;
- 4) тройничного нерва.

6. Синдром Эрба-Дюшенна развивается при:

- 1) поражении верхнего пучка плечевого сплетения;
- 2) поражении нижнего пучка плечевого сплетения;
- 3) поражении шейного сплетения;

4)поражении пояснично-крестцового сплетения.

7. Паралич Дежерина Клюмпке развивается при:

- 1)поражении шейного сплетения;
- 2)поражении верхнего пучка плечевого сплетения;
- 3)поражении нижнего пучка плечевого сплетения;
- 4)поражении пояснично-крестцового сплетения.

8. Для псевдобульбарного синдрома характерно:

- 1)сочетанное поражение кортико-нуклеарных путей доминантного и субдоминантного полушарий;
- 2)изолированное поражение корково-ядерного пути доминантного полушария;
- 3)изолированное поражение корково-ядерного пути субдоминантного полушария;
- 4)поражение пучка Тюрка.

9. Бульбарный паралич развивается при поражении:

- 1) ножек мозга;
- 2) моста;
- 3) продолговатого мозга;
- 4)мозжечка.

10. Для центрального паралича не характерно:

- 1)патологические синкинезии;
- 2)снижение поверхностных рефлексов;
- 3) защитные рефлексы;
- 4)миофасцикуляции.

11.При поражении мозжечка выявляется:

- 1)адиадохокинез
- 2)асинергия
- 3)ахейрокинез
- 4)верно а и б.

12. Для центрального паралича мимических мышц не характерно:

- 1)лагофтальм;
- 2)сглаженность носогубной складки;
- 3)опущение угла рта;
- 4) все ответы не верны.

13. В состав моста не входят:

- 1)красные ядра;
- 2)ядра отводящего нерва;
- 3) ядра лицевого нерва;
- 4)ядра тройничного нерва.

14. На каком уровне ствола мозга расположены красные ядра:

- 1)средний мозг;
- 2)варолиев мост;

- 3) продолговатый мозг;
- 4) все ответы верны.

15. Для бульбарного синдрома не характерно:

- 1) дисфагия;
- 2) дизартрия;
- 3) низкий глоточный рефлекс;
- 4) высокий глоточный рефлекс.

16. Нарушения поверхностной чувствительности возникают при поражении:

- 1) задних канатиков спинного мозга;
- 2) кортико-спинальных путей;
- 3) пучка Тюрка;
- 4) ничего из вышеперечисленного.

17. К симптомам центрального паралича не относится :

- 1) повышение поверхностных рефлексов;
- 2) повышение глубоких рефлексов;
- 3) повышение мышечного тонуса;
- 4) все ответы не верны.

18. При поражении малоберцового нерва наблюдается:

- 1) петушиная походка;
- 2) утиная походка;
- 3) абазия;
- 4) все ответы верны.

19. Паросмия - это:

- 1) уменьшение способности воспринимать запахи;
- 2) аномальное восприятие неприятных запахов;
- 3) нарушение способности распознавать запахи;
- 4) полная потеря обоняния.

20. Нижняя косая мышца глаза:

- 1) тянет глазное яблоко вниз;
- 2) тянет глазное яблоко вверх;
- 3) приведение глазного яблока;
- 4) отведение глазного яблока.

21. Частичное снижение мышечной силы:

- 1) плегия;
- 2) парез;
- 3) гипотония;
- 4) гипотрофия.

22. К признакам поражения периферического мотонейрона не относится:

- 1) гипотония;
- 2) гипотрофия;

- 3) гиперрефлексия;
- 4) фибриллярные подергивания.

23. Место для проведения люмбальной пункции находится на уровне позвонков:

- 1) L1-L2;
- 2) L3-L4;
- 3) Th10-Th11;
- 4) S1-S2.

24. Для поражения лицевого нерва характерны все признаки, кроме:

- 1) лагофтальм;
- 2) дисфагия;
- 3) симптом Белла;
- 4) сглаженность лобных и носогубных складок.

25. При поражении глазодвигательного нерва не бывает:

- 1) диплопии;
- 2) птоза на стороне поражения;
- 3) слепоты на стороне поражения;
- 4) расходящегося косоглазия.

26. При симметричном множественном поражении периферических нервов возникают чувствительные расстройства:

- 1) корешковые;
- 2) полинейропатические;
- 3) гемигипестезия;
- 4) проводниковые.

27. Снижение коленного рефлекса встречается при поражении корешков:

- 1) L1-L2;
- 2) L5-S1;
- 3) L3-L4;
- 4) S1-S2.

28. При поражении корешка S1 возникает:

- 1) слабость разгибателя 1 пальца стопы;
- 2) снижение коленного рефлекса;
- 3) снижение ахиллова рефлекса;
- 4) снижение брюшных рефлексов.

29. Лицевой нерв не иннервирует:

- 1) мимическую мускулатуру;
- 2) кожу лица;
- 3) вкусовую чувствительность на передних 2/3 языка;
- 4) все ответы не верны.

30. При поражении отводящего нерва возникает паралич:

- 1) верхней косой мышцы;
- 2) наружной прямой мышцы;

- 3) нижней косой мышцы;
- 4) внутренней прямой мышцы.

31. При поражении зоны Брока возникает:

- 1) сенсорная афазия;
- 2) моторная афазия;
- 3) тотальная афазия;
- 4) анозогнозия.

32. При поражении зоны Вернике возникает:

- 1) сенсорная афазия;
- 2) моторная афазия;
- 3) тотальная афазия;
- 4) анозогнозия.

33. Методы оценки спастичности:

- 1) визуальная аналоговая шкала;
- 2) ноттингемская шкала сенсорных расстройств;
- 3) модифицированная шкала Ашфорт;
- 4) шкала равновесия Берга.

34. При псевдобульбарном синдроме отсутствует:

- 1) фасцикуляции языка;
- 2) дизартрия;
- 3) насильственный плач;
- 4) насильственный смех.

35. Понижение мышечного тонуса характерно для:

- 1) синдрома паркинсонизма;
- 2) центрального паралича;
- 3) поражения мозжечка;
- 4) псевдобульбарного синдрома.

Тестовые задания 2 семестра:

1. О сохранности ствола мозга свидетельствует всё, кроме:

- 1) роговичного рефлекса;
- 2) рефлексов орального автоматизма;
- 3) окулоцефалического рефлекса;
- 4) окуловестибулярного рефлекса.

2. Окулоцефалический рефлекс не исследуют при:

- 1) внутримозговой гематоме;
- 2) при отравлении опиатами;
- 3) при травме шейного отдела позвоночника;
- 4) субарахноидальном кровоизлиянии.

3. К длительным стойким (хроническим) нарушениям сознания не относится:

- 1) акинетический мутизм;

- 2) апаллический синдром;
- 3) синдром Броун-Секара;
- 4) вегетативное состояние.

4. Оглушение характеризуется:

- 1) глубокой сонливостью, выполнением только простых команд;
- 2) глубокой сонливостью, открыванием глаз на болевой раздражитель;
- 3) невозможностью пробудить больного: не открывает глаза на боль и звук, не локализует болевые раздражители, однако возможны некоординированные защитные движения;
- 4) двусторонним мидриазом, арефлексией, мышечная атонией, выраженными нарушениями витальных функций.

5. Сопор характеризуется:

- 1) глубокой сонливостью, выполнением только простых команд;
- 2) открыванием глаз на звук и боль, локализацией боли;
- 3) невозможностью пробудить больного: не открывает глаза на боль и звук, не локализует болевые раздражители, однако возможны некоординированные защитные движения;
- 4) двусторонним мидриазом, арефлексией, мышечная атонией, выраженными нарушениями витальных функций.

6. Запредельная кома характеризуется:

- 1) глубокой сонливостью, выполнением только простых команд;
- 2) глубокой сонливостью, открыванием глаз на звук и боль;
- 3) невозможностью пробудить больного: не открывает глаза на боль и звук, не локализует болевые раздражители, однако возможны некоординированные защитные движения;
- 4) двусторонним мидриазом, арефлексией, мышечная атонией, выраженными нарушениями витальных функций.

7. Сопор в отличие от комы характеризуется:

- 1) сохранностью вербального контакта;
- 2) отсутствием реакции на внешние раздражители;
- 3) сохранностью целенаправленных защитных движений;
- 4) отсутствием целенаправленных защитных движений.

8. Угнетение уровня сознания до глубокой комы по шкале ком Глазго соответствует:

- 1) 15-14 баллам;
- 2) 10-9 баллам;
- 3) 4-5 баллам;
- 4) 6-8 баллам.

9. Угнетение уровня сознания до поверхностной комы по шкале ком Глазго соответствует:

- 1) 15-14 баллам;
- 2) 10-9 баллам;
- 3) 4-5 баллам;
- 4) 6-8 баллам.

10. Причиной деструктивной комы может быть всё, кроме:

- 1) кровоизлияния в головной мозг;

- 2) черепно-мозговой травмы;
- 3) обширного инфаркта головного мозга;
- 4) гипергликемии.

11. Причиной метаболической комы может быть всё, кроме:

- 1) гипергликемии;
- 2) сепсиса;
- 3) почечно-печёночной недостаточности;
- 4) обширного инфаркта головного мозга.

12. Для ОНМК в ВБС не характерно:

- 1) гемипарез;
- 2) афазия;
- 3) альтернирующий синдром;
- 4) зрительные расстройства.

13. Метод выбора дифференциальной диагностики каверномы и артериовенозной мальформации:

- 1) церебральная ангиография;
- 2) магнитно-резонансная томография с контрастным усилением;
- 3) компьютерная томография головного мозга;
- 4) магнитно-резонансная томография в режиме T2.

14. Гемодинамически значимым является стеноз брахиоцефальных артерий:

- 1) более 40%;
- 2) более 50%;
- 3) более 60%;
- 4) более 70%.

15. К кардиогенным факторам риска развития ишемического инсульта не относится:

- 1) мерцательная аритмия;
- 2) искусственный клапан сердца;
- 3) «открытое» овальное окно;
- 4) миксома.

16. Предрасполагающим фактором развития лакунарного инсульта является:

- 1) возраст;
- 2) артериальная гипертензия;
- 3) сахарный диабет;
- 4) все варианты верны.

17. Отек головного мозга при развитии ишемического инсульта достигает максимума:

- 1) на первый день;
- 2) на второй-четвертый день;
- 3) на четвертый-шестой день;
- 4) отек головного мозга не характерен для ишемического инсульта.

18. Внезапное развитие симптоматики на фоне физического или эмоционального напряжения, мерцательной аритмии характерно для ишемического инсульта:

- 1) атеротромботического патогенетического варианта;
- 2) кардиоэмболического патогенетического варианта;
- 3) гемодинамического патогенетического варианта;
- 4) лакунарного патогенетического варианта.

19. Инсульт развивается как правило одномоментно, не встречаются расстройства сознания, эпилептические приступы, очаг менее 1,5 см, определите патогенетический вариант:

- 1) атеротромботический;
- 2) эмболический;
- 3) гемодинамический;
- 4) лакунарный.

20. Атеротромботический инсульт развивается:

- 1) ночью или утром, симптомы могут постепенно или ступенеобразно нарастать до нескольких дней, характерны транзиторные ишемические атаки или ишемические инсульты в одном и том же сосудистом бассейне;
- 2) внезапно на фоне физического или эмоционального напряжения, мерцательной аритмии;
- 3) на фоне снижения артериального давления или гиповолемии у больных со стенозирующим атеросклерозом прецеребральных и церебральных артерий;
- 4) в течение нескольких часов, больной дезориентирован, нарушен алгоритм выполнения привычных действий.

21. Гемодинамический инсульт развивается:

- 1) ночью или утром, симптомы могут постепенно или ступенеобразно нарастать до нескольких дней, характерны транзиторные ишемические атаки или ишемические инсульты в одном и том же сосудистом бассейне;
- 2) внезапно на фоне физического или эмоционального напряжения, мерцательной аритмии;
- 3) на фоне снижения артериального давления или гиповолемии у больных со стенозирующим атеросклерозом прецеребральных и церебральных артерий;
- 4) в течение нескольких часов, больной дезориентирован, нарушен алгоритм выполнения привычных действий.

22. «Синдром дизартрии и неловкой кисти» развивается при поражении:

- 1) задней ножки внутренней капсулы или основания продолговатого мозга.
- 2) задней ножки внутренней капсулы или лучистого венца;
- 3) таламуса;
- 4) основания моста или передней ножки внутренней капсулы.

23. Для «синдрома атаксического гемипареза» характерна локализация очага ишемии в:

- 1) коллене или передней ножке внутренней капсулы или в таламусе;
- 2) таламусе;
- 3) основании моста или передней ножке внутренней капсулы.
- 4) задней ножке внутренней капсулы, основании моста или лучистом венце.

24. Наиболее информативной компьютерная томография при диагностике ишемического инсульта становится через:

- 1) 4,5 часа;
- 2) 12 часов;
- 3) 24 часа;
- 4) 3-4 дня.

25. Диагностический метод раннего выявления локальной ишемии:

- 1) компьютерная томография;
- 2) магнитно-резонансная томография;
- 3) однофотонная эмиссионная компьютерная томография;
- 4) транскраниальная доплерография.

26. Показанием для применения гипотензивных средств в остром периоде ишемического инсульта является:

- 1) систолическое артериальное давление выше 200 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление выше 120 мм рт. ст.
- 2) острый инфаркт миокарда;
- 3) острая левожелудочковая недостаточность;
- 4) все варианты верны.

27. Уровень артериального давления у больных в остром периоде ишемического инсульта целесообразно удерживать на уровне:

- 1) 120/80 мм рт. ст.;
- 2) 140/90 мм рт. ст.;
- 3) на 5-10 мм рт.ст. выше «рабочих цифр»;
- 4) 180/110 мм рт. ст.

28. Для лечения повторяющейся рвоты и упорной икоты показано применение:

- 1) метоклопрамид 10 мг в/в 2-4 раза в сутки;
- 2) диазепам 10-20 мг в/в 1-2 раза в сутки;
- 3) этаперазин 4-10 мг 1-2 раза в сутки;
- 4) верны варианты 1 и 3.

29. Для профилактики тромбоза глубоких вен у пациентов в острейшем периоде инсульта используется:

- 1) переменная пневмокомпрессия;
- 2) назначение антикоагулянтов;
- 3) ранняя активизация пациента;
- 4) все выше перечисленное

30. Преходящие симптомы снижения зрения на один глаз в сочетании с гемипарезом – это:

- 1) транзиторная ишемическая атака в бассейне внутренней сонной артерии;
- 2) транзиторная ишемическая атака в бассейне вертебробазилярной артериальной системы;
- 3) эпилептический приступ;

4) болезнь Миньера.

31. Интенсивное головокружение системного характера, сопровождающееся вертикальным нистагмом, расстройствами чувствительности, глотания характерно для:

- 1) ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии;
- 2) поражения вертебро-базилярного бассейна;
- 3) болезни Миньера;
- 4) транзиторной глобальной амнезии.

32. Длительное интенсивное головокружение системного характера, сопровождающееся горизонтальным и ротаторным нистагмом характерно для:

- 1) ишемический инсульт в бассейне внутренней сонной артерии;
- 2) геморрагический инсульт таламической локализации;
- 3) вестибулярный нейронит;
- 4) транзиторная глобальная амнезия.

33. Для диагностики геморрагического инсульта методом выбора является:

- 1) магнитно-резонансная томография;
- 2) компьютерная томография;
- 3) одnofотонная эмиссионная компьютерная томография;
- 4) люмбальная пункция.

34. Хирургическое лечение геморрагического инсульта показано при

- 1) латеральной гематоме объемом 10-20 мл;
- 2) глубиннорасположенной гематоме с быстрым регрессом неврологического дефицита;
- 3) латеральной гематоме объемом более 60 мл;
- 4) коматозном состоянии со стволовой симптоматикой.

33. Причина нетравматического субарахноидального кровоизлияния в большинстве случаев:

- 1) разрыв артериовенозной мальформации;
- 2) диссекция позвоночной артерии;
- 3) разрыв мешотчатой аневризмы мозговой артерии;
- 4) церебральный васкулит.

34. Для диагностики субарахноидального кровоизлияния методом выбора является:

- 1) компьютерная томография;
- 2) магнитно-резонансная томография;
- 3) церебральная ангиография;
- 4) люмбальная пункция.

35. Для диагностики причины субарахноидального кровоизлияния методом выбора является:

- 1) компьютерная томография;
- 2) магнитно-резонансная томография;
- 3) церебральная ангиография;
- 4) люмбальная пункция.

36. Наиболее частой локализацией аневризм артерий головного мозга является:

- 1) внутренняя сонная артерия;
- 2) средняя мозговая артерия;
- 3) передняя соединительная артерия;
- 4) базилярная артерия.

37. Для преходящего нарушения мозгового кровообращения характерно:

- 1) только общемозговая симптоматика;
- 2) полный регресс неврологических симптомов в пределах 24 часов;
- 3) полный регресс неврологических симптомов в течение 48 часов;
- 4) наличие «немного» ишемического очага при МРТ.

38. Церебральное перфузионное давление это:

- 1) давление ликвора на вещество мозга в минуту;
- 2) разница между средним АД и внутричерепным давлением;
- 3) давление крови на вещество мозга в минуту;
- 4) разница между центральным венозным и ликворным давлением.

39. Назовите отсроченное осложнение субарахноидального кровоизлияния:

- 1) тромбоз интракраниальных венозных синусов;
- 2) вазоспазм;
- 3) геморрагическое пропитывание серого вещества головного мозга;
- 4) гемотампонада желудочковой системы.

40. Препаратом выбора для профилактики вазоспазма является:

- 1) нимодипин;
- 2) пропранолол;
- 3) аспирин;
- 4) пентоксифиллин.

Тестовые задания 3 семестра:

1. Триада Шарко:

- 1) центральный паралич, отсутствие брюшных рефлексов, побледнение височных половин ДЗН;
- 2) нистагм, интенционное дрожание, мозжечковая дизартрия;
- 3) атаксия, гиперметрия, скандированная речь;
- 4) гемиатаксия, гемианестезия, гемианопсия.

2. Основной причиной демиелинизирующих заболеваний являются:

- 1) аллергические реакции,
- 2) токсические реакции,
- 3) иммунные нарушения,
- 4) метаболические нарушения.

3. Метод нейровизуализации при рассеянном склерозе – проведение МРТ в режиме:

- 1) T1 с контрастом
- 2) T2,

3) DWI,

4) Все ответы верны.

4. При ретробульбарном неврите используются следующие методы диагностики:

1) магнитно-резонансная томография;

2) зрительные вызванные потенциалы;

3) осмотр глазного дна;

4) все ответы верны.

5. Препараты для лечения обострений при рассеянном склерозе:

1) плазмаферез;

2) глюкокортикостероиды;

3) иммуноглобулин G;

4) все ответы верны.

6. Феномен Утхоффа при рассеянном склерозе - это:

1) ощущение прохождения электрического тока;

2) нарастание симптоматики при повышении температуры;

3) болезненные ощущения в мышцах ног;

4) несоответствие между симптомами поражения одной или нескольких функциональных систем.

7. Препарат с уровнем доказательности A при лечении обострений рассеянного склероза:

1) преднизолон;

2) метилпреднизолон;

3) гидрокортизон;

4) дексаметазон.

8. Плазмаферез при лечении рассеянного склероза не применяется:

1) у больных с тяжелыми неврологическими нарушениями;

2) у больных со злокачественным течением рассеянного склероза;

3) при отсутствии эффекта от пульс-терапии;

4) при длительности клинических симптомов более 3 месяцев.

9. Изменения в ликворе при остром рассеянном энцефаломиелите:

1) увеличение содержания белка;

2) нормальный уровень глюкозы;

3) лимфоцитарный плеоцитоз;

4) все ответы верны.

10. Единственное демиелинизирующее заболевание со специфическим биомаркером NMO-Ig G является:

1) миастения;

2) оптикомиелит;

3) центральный понтинный миелиноз;

4) рассеянный склероз.

11. Поперечный миелит чаще всего локализуется в:

1) шейном отделе спинного мозга;

- 2) грудном отделе спинного мозга;
- 3) шейном и грудном отделе спинного мозга;
- 4) поясничном отделе спинного мозга.

12. При оптикомиелите противопоказаны:

- 1) преднизолон;
- 2) митоксантрон;
- 3) ритуксимаб;
- 4) препараты интерферонов.

13. В терапию прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии не входит:

- 1) ритуксимаб;
- 2) противовирусные;
- 3) цитостатики;
- 4) противомаларийные.

14. При экстрапонтинном миелинозе поражается все, кроме:

- 1) моста;
- 2) ножки мозга;
- 3) зрительного бугра;
- 4) мозолистого тела.

15. Центральный понтинный миелинолиз возникает при быстрой коррекции:

- 1) гипернатриемии;
- 2) гипонатриемии;
- 3) гипокалиемии;
- 4) гиперкалиемии.

16. Синдром Маркиафавы-Биньями характеризуется демиелинизацией:

- 1) моста;
- 2) ножек мозга;
- 3) мозолистого тела;
- 4) таламуса.

17. Самый распространенный тип течения рассеянного склероза:

- 1) вторично-прогрессирующий;
- 2) ремиттирующий;
- 3) первично-прогрессирующий;
- 4) первично-прогрессирующей с обострениями.

18. Наиболее редкий тип течения рассеянного склероза:

- 1) первично-прогрессирующий с обострениями,
- 2) первично-прогрессирующий,
- 3) вторично-прогрессирующий,
- 4) ремиттирующий.

19. К демиелинизирующим заболеваниям, поражающим центральную нервную систему, не относят:

- 1) болезнь Девика;

- 2) лейкоэнцефалопатию;
- 3) концентрический склероз Бало;
- 4) синдром Гийена-Барре.

20. Основным методом диагностики демиелинизирующих заболеваний периферической нервной системы является:

- 1) магнитно-резонансная томография;
- 2) анализ ликвора;
- 3) электромиография;
- 4) электроэнцефалография.

21. Прогрессирующую мультифокальную лейкоэнцефалопатию вызывает вирус:

- 1) Jc;
- 2) Pc;
- 3) Jv;
- 4) Cv.

22. Пульс-терапия при рассеянном склерозе проводится:

- 1) 1-2 г гидрокортизона;
- 2) 1-2 г метилпреднизолона;
- 3) 2-4 г преднизолона;
- 4) 0,1-0,2 г метилпреднизолона.

22. Препараты ПИТРС при рассеянном склероза применяются:

- 1) для лечения обострений;
- 2) в качестве модулирующей терапии;
- 3) для купирования симптомов заболевания;
- 4) в качестве противовоспалительной терапии.

23. Противопоказанием к пересадке стволовых клеток при рассеянном склероза является:

- 1) нарастание инвалидизации в течение 6 месяцев более чем на 1,5 балла;
- 2) неэффективность иммуномодулирующей терапии;
- 3) обострение рассеянного склероза за один месяц до начала процедуры;
- 4) подтвержденная клинически и по МРТ активность за год до начала процедуры.

24. Рассеянный склероз - это:

- 1) наследственное заболевание;
- 2) инфекционное заболевание;
- 3) аутоиммунное заболевание;
- 4) сосудистое заболевание.

25. Дифференциальную диагностику рассеянного склероза чаще всего приходится проводить с:

- 1) ОРЭМ;
- 2) аутоиммунным энцефалитом;
- 3) менингитом;
- 4) верные ответы 1 и 2.

26. К симптоматической терапии рассеянного склероза относится:

- 1) копаксон;
- 2) мидокалм;
- 3) метилпреднизолон;
- 4) β -интерферон.

27. Наиболее часто дебют рассеянного склероза происходит в возрасте:

- 1) 10-15 лет;
- 2) старше 55 лет;
- 3) 45-55 лет;
- 4) 18-30 лет.

28. Течение рассеянного склероза, при котором обострения сопровождаются нарастанием остаточного дефекта:

- 1) вторично-прогрессирующее;
- 2) первично-прогрессирующее;
- 3) ремиттирующее;
- 4) правильного ответа нет.

29. Течение рассеянного склероза, при котором нет обострений:

- 1) первично-прогрессирующее;
- 2) вторично-прогрессирующее;
- 3) ремиттирующее;
- 4) все ответы верны.

30. Вероятность развития рассеянного склероза выше при раннем появлении следующих симптомов:

- 1) ретробульбарного неврита;
- 2) межъядерной офтальмоплегии;
- 3) мозжечковой атаксии;
- 4) все ответы верны.

31. Невралгия тройничного нерва у больных с рассеянным склерозом:

- 1) встречаются редко;
- 2) чаще бывает односторонней;
- 3) встречается часто;
- 4) правильные ответы 2 и 3.

32. Поражение спинного мозга при болезни Девика чаще носит характер:

- 1) демиелинизирующий;
- 2) некротический;
- 3) поражается крайне редко;
- 4) поражается только белое вещество.

33. Для болезни Шильдера характерно:

- 1) поражение преимущественно спинного мозга;
- 2) мелкоочаговое поражение головного мозга;
- 3) чаще возникает в взрослом и пожилом возрасте;

4) образование одного или нескольких очагов в головном мозге с большой зоной поражения.

34. Для прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии характерны следующие изменения ликвора:

- 1) показатели цереброспинальной жидкости в норме;
- 2) Ig G повышен в цереброспинальной жидкости;
- 3) снижение уровня глюкозы в цереброспинальной жидкости;
- 4) выявляются олигоклональные антитела.

35. Нетипичный симптом рассеянного склероза:

- 1) эпилептические припадки;
- 2) оптический неврит;
- 3) нейропсихологические изменения;
- 4) нарушения тазовых функций.

36. Для рассеянного склероза не характерно:

- 1) проводниковые расстройства чувствительности;
- 2) симптомы поражения мозжечка;
- 3) полинейропатия;
- 4) симптомы поражения пирамидного тракта.

37. Для диагностики миастении выполняют:

- 1) пробу с прозеринем;
- 2) электроэнцефалографию;
- 3) биопсию мышц;
- 4) анализ ликвора.

38. Миастенический синдром:

- 1) Денди-Уоркера;
- 2) Миллера-Фишера;
- 3) Ламберта-Итона;
- 4) Арнольда-Киари.

39. При миастении часто выявляется опухоль:

- 1) щитовидной железы;
- 2) вилочковой железы;
- 3) поджелудочной железы;
- 4) околоушной железы.

40. В терапию миастении не входит:

- 1) миорелаксанты;
- 2) антихолинэстеразные препараты;
- 3) кортикостероиды;
- 4) калимин.

41. Для купирования миастенического криза используют:

- 1) атропин;
- 2) прозерин;

- 3) кортикостероиды;
- 4) цитостатики.

42. Для купирования холинергического криза используют:

- 1) прозерин;
- 2) атропин;
- 3) удаление тимомы;
- 4) кортикостероиды.

43. Патогномоничный синдром при нейросифилисе:

- 1) Горнера;
- 2) Аргайла Робертсона;
- 3) Валленберга-Захарченко;
- 4) все ответы верны.

44. Первичным поражением нервной системы при СПИДе является:

- 1) ВИЧ-ассоциированная миелопатия;
- 2) криптококковый менингит;
- 3) гумма головного мозга;
- 4) все ответы верны.

45. Оппортунистическое заболевание при нейроСПИДе:

- 1) ВИЧ-ассоциированная миелопатия;
- 2) криптококковый менингит;
- 3) ВИЧ-ассоциированная деменция;
- 4) все ответы верны.

Тестовые задания 4 семестра:

1. Феномен антиципации это:

- 1) мягкие формы врожденных патологий;
- 2) поздний дебют наследственного заболевания;
- 3) то же, что феномен геномного импринтинга;
- 4) увеличение количества тринуклеотидных повторов из поколения в поколение, проявляющееся более ранним дебютом и более тяжелым течением заболевания.

2. Миотонический перкуторный феномен языка:

- 1) после одиночного короткого удара молоточком формируются валик и ямка;
- 2) уменьшается на холоде;
- 3) усиливается в тепле;
- 4) все ответы верны.

3. Для дистрофической миотонии характерно:

- 1) изолированное поражение мышц проксимальных отделов конечностей;
- 2) изолированное поражение мышц дистальных отделов конечностей;
- 3) поражение мышц головы, шеи и дистальных отделов конечностей;
- 4) атрофии максимально выражены в проксимальных отделах конечностей.

4. Для лечения миотоний применяют:

- 1) мембраностабилизаторы;
- 2) ацетазоламид;
- 3) препараты кальция;
- 4) все ответы верны.

5. На электромиографии при типичных формах перонеальной мышечной атрофии отмечается:

- 1) различное увеличение скоростей по нервам;
- 2) одинаковое снижение скоростей по всем нервам;
- 3) одинаковое увеличение скоростей по всем нервам;
- 4) различное снижение скоростей по нервам.

6. Миодистрофия Дюшена наследуется по типу:

- 1) X-сцепленный доминантный;
- 2) X-сцепленный рецессивный;
- 3) аутосомно-доминантный;
- 4) аутосомно-рецессивный.

7. Болезнь Томсона - это:

- 1) форма миастении;
- 2) врожденная миотония;
- 3) поражение периферических нервов;
- 4) приобретенное заболевание.

8. Синдром Шварца-Джампеля:

- 1) генерализованная мышечная слабость;
- 2) генерализованная мышечная ригидность;
- 3) вызван токсическим воздействием;
- 4) аутоиммунное заболевание.

9. При невральной амиотрофии не характерно:

- 1) гипорефлексия;
- 2) миофасцикуляции;
- 3) гипотония;
- 4) синюшность и мраморная окраска конечностей.

10. Миодистрофия Дюшенна у пациентов с женским фенотипом встречается при:

- 1) наличии сахарного диабета 1 типа;
- 2) наличии врожденного порока сердца;
- 3) бессимптомном течении до пубертатного периода;
- 4) синдроме Тернера (моносомия по X-хромосоме).

11. Симптомы прогрессирующей миодистрофии Дюшенна:

- 1) осиная талия;
- 2) гиперлордоз;
- 3) крыловидные лопатки;
- 4) все ответы верны.

12. Основные осложнения дистрофинопатий:

- 1) кардиомиопатия;
- 2) дыхательные осложнения;
- 3) ортопедические осложнения;
- 4) все ответы верны.

13. При миодистрофии Ландузи-Дежерина выявляют:

- 1) гипомимию;
- 2) поперечную улыбку;
- 3) миофасцикуляции;
- 4) правильные ответы а и б.

14. Для миодистрофии Эрба-Рота не характерно:

- 1) начало в 14-16 лет;
- 2) атрофии проксимальных отделов нижних конечностей;
- 3) псевдогипертрофии;
- 4) кардиальная патология наблюдается редко.

15. При спинальных мышечных атрофиях выявляются:

- 1) недоразвитие клеток передних рогов спинного мозга;
- 2) демиелинизация передних корешков;
- 3) пучковая атрофия скелетных мышц;
- 4) все ответы верны.

16. При спинальных мышечных атрофиях характерно:

- 1) признаки недоразвития клеток двигательных ядер ствола;
- 2) признаки центрального паралича;
- 3) частое и раннее развитие дистальных амиотрофий;
- 4) расстройства чувствительности.

17. Для пароксизмальных миоплегий характерно:

- 1) аутосомно-доминантный тип наследования;
- 2) внезапные приступы мышечной слабости;
- 3) полная пенетрантность у женщин;
- 4) правильно б и в.

18. Формы пароксизмальных миоплегий:

- 1) гипокалиемическая;
- 2) гиперкалиемическая;
- 3) нормокалиемическая;
- 4) все ответы верны.

19. Клинические критерии болезни Фридрейха:

- 1) начало заболевания до 25 лет;
- 2) прогрессирующая преимущественно сенситивная атаксия;
- 3) сухожильная арефлексия;
- 4) все ответы верны.

20. При сотрясении головного мозга выявляется:

- 1) общемозговая симптоматика;
- 2) менингеальная симптоматика;
- 3) очаговая симптоматика;
- 4) правильный ответ 1) и 3).

21. При ушибе головного мозга выявляется:

- 1) общемозговая и менингеальная симптоматика;
- 2) общемозговая и очаговая симптоматика;
- 3) менингеальная и очаговая симптоматика;
- 4) верного ответа нет.

22. Для эпидуральной гематомы характерно:

- 1) наличие «светлого промежутка»;
- 2) примесь крови в ликворе;
- 3) отсутствие очаговой симптоматики;
- 4) все ответы верны.

23. При субарахноидальном кровоизлиянии выявляют:

- 1) «светлый промежуток»;
- 2) общемозговую и менингеальную симптоматику;
- 3) очаговую симптоматику;
- 4) все ответы верны.

24. При сотрясении головного мозга не выявляют:

- 1) нарастающую головную боль;
- 2) тошноту и рвоту;
- 3) нарушения памяти;
- 4) все ответы не верны.

25. Больному при возникновении эпилептического приступа необходимо проведение:

- 1) неврологического осмотра;
- 2) МРТ;
- 3) ЭЭГ;
- 4) все варианты верны.

26. Для эпилептического статуса характерно:

- 1) в межприступном периоде у пациента восстанавливается уровень сознания;
- 2) развивается только у пациентов с инфекционными осложнениями;
- 3) в межприступный период уровень сознания пациента не восстанавливается;
- 4) развивается только у пациентов с черепно-мозговой травмой.

27. Бессудорожный эпилептический статус не проявляется:

- 1) типичными абсансами;
- 2) атипичными абсансами;
- 3) сложными парциальными приступами;

4) отсутствием клинических проявлений, изменениями только по результатам электроэнцефалографии.

28. Для дифференциальной диагностики обморока и генерализованного эпилептического припадка важно:

- 1) наличие судорог;
- 2) наличие непроизвольного мочеиспускания;
- 3) наличие постприпадочной спутанности;
- 4) факт утраты сознания.

29. Зрачки при генерализованном эпилептическом припадке:

- 1) сужаются;
- 2) характерна анизокория;
- 3) расширяются;
- 4) изменения отсутствуют.

Оценивание обучающегося при решении ситуационных задач

Оценка (пятибалльная)	Требования к знаниям
отлично	«Отлично» выставляется обучающемуся, показавшему полные и глубокие знания программы дисциплины, способность к их систематизации и клиническому мышлению, а также способность применять приобретенные знания в стандартной и нестандартной ситуации
хорошо	«Хорошо» выставляется обучающемуся, показавшему, в целом, знания программы дисциплины, способному применять приобретенные знания в стандартной ситуации. Но не достигшему способности к их систематизации и клиническому мышлению, а также к применению их в нестандартной ситуации
удовлетворительно	«Удовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему слабые знания, но владеющему основными разделами программы дисциплины, необходимым минимумом знаний и способному применять их по образцу в стандартной ситуации
неудовлетворительно	«Неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему поверхностные знания, что не позволяет ему применять приобретенные знания даже по образцу в стандартной ситуации

Ситуационные задачи 1 семестра:

Задача № 1

Пациент Р. (30 лет) амбулаторно обратился за медицинской помощью с жалобами на приступы интенсивной стреляющей боли в левой половине лица продолжительностью до 10 секунд с частотой до 7-10 раз в день, боли провоцируются потреблением горячей или холодной, а также твердой пищи, прикосновением к лицу во время бритья.

Из анамнеза: подобные приступы беспокоили и ранее, однако боли были менее интенсивные, купировались приемом нестероидных противовоспалительных средств. За две недели до обращения пациент отмечал пузырьковые высыпания над левой верхней

губой. Сообщает, что ранее проходил лечение по поводу рецидивирующей герпес-инфекции.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧД 17 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный. Живот мягкий. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Чувствительность на лице не изменена. Корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо незначительно асимметрично за счет сглаженности левой носогубной складки. Нистагма нет. Слух не нарушен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Парезов нет, тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы живые, симметричны. Патологических рефлексов нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив.

Результаты обследования:

МРТ головного мозга + МР-ангиография интракраниальных артерий: органической патологии головного мозга и интракраниальных артерий не выявлено.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования, обоснуйте диагноз.
2. Достаточно ли данных для постановки окончательного диагноза, или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно проведение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.
3. Назначьте лечение и определите прогноз заболевания.

Задача № 2

Пациент Б. (45 лет) амбулаторно обратился за медицинской помощью с жалобами на слабость и онемение правой кисти.

Из анамнеза: после сна обнаружил слабость и онемение правой кисти, накануне вечером употреблял алкоголь.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧД 17 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный. Живот мягкий. Физиологические отправления контролирует. Изменений на коже правой руки не определяется.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Чувствительность на лице сохранена. Корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух не нарушен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Гипестезия правого предплечья и тыла первого, второго, третьего, а также латеральной половины четвертого пальцев. Правая кисть висит, пациент не может разогнуть кисть и пальцы, отвести большой палец. Кисть может сжать в кулак. Сила мышц-разгибателей кисти 0 баллов, сила мышц-сгибателей 5 баллов. Выпадение карпорадиального рефлекса справа. Патологических рефлексов нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования, обоснуйте диагноз.
2. Достаточно ли данных для постановки окончательного диагноза, или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно проведение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.
3. Назначьте лечение.

Задача № 3

Пациентка А. (23 лет) обратилась в поликлинику с жалобами на слабость в правой стопе, нарушение походки.

Из анамнеза: около трех недель назад по дороге на работу пациентку сбила машина (удар бампером по правой ноге). Переломов костей не было. Определялись ссадины и гематомы в области правой голени, проходила лечение. Однако после получения травмы пациентка стала отмечать, что не проходит слабость в стопе и нарушилась походка. Анамнез жизни – без особенностей. Хроническими заболеваниями не страдает. В настоящий момент у пациентки открыт лист нетрудоспособности.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧД 17 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный. Живот мягкий. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Чувствительность на лице не снижена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух не нарушен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Гипестезия в переднелатеральной области голени и тыла стопы. Невозможность тыльного сгибания стопы и разгибания пальцев. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы живые, симметричны. Патологических рефлексов нет. Походка изменена: при шаге высоко поднимает правую ногу и выбрасывает ее вперед. Не может идти на пятках. Координаторные пробы: выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива.

Результаты обследования:

Рентгенография правой большеберцовой и малоберцовой кости: патологии не выявлено.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Достаточно ли данных для постановки диагноза, или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно проведение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.
3. Как называется описанная выше походка?
4. Назначьте лечение.

Задача № 4

Пациентка Ц. (44 года) обратилась в поликлинику с жалобами на слабость в правой руке, ограничение движений в ней.

Из анамнеза: две с половиной недели назад пациентка поскользнулась на улице и упала на вытянутую вперед правую руку. Обратилась в травмпункт, переломов костей не выявлено. Спустя неделю, больная заметила, что не может поднять вверх и согнуть в локте правую руку. Анамнез жизни – без особенностей. Хронических заболеваний не отмечает.

Объективно: кожные покровы телесного цвета, дыхание ритмичное, ЧДД 17 в минуту. АД 125/85 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Гипестезия по наружной стороне плеча и предплечья справа. Невозможность поднять правую руку вверх, согнуть ее в локтевом суставе, отвести и

повернуть ее кнаружи; движения в кисти и пальцах сохранены. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы: бицепитальный $D < S$; трицепитальный $D = S$, карпорадиальный $D = S$, живые; с ног – $D = S$, живые. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива.

Результаты обследования:

Рентгенография правого плечевого сустава и плечевой кости: без патологии.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
3. Назовите уровень поражения.
4. Назначьте лечение.

Задача № 5

Пациент А. (44 года) обратился в поликлинику с жалобами на слабость и онемение правой кисти.

Из анамнеза: Больным себя считает несколько месяцев, когда впервые появилось онемение правой кисти. За медицинской помощью не обращался. 2 недели назад появилась слабость в пальцах правой кисти. Анамнез жизни – без особенностей. Хронических заболеваний нет.

Объективно: кожные покровы телесного цвета, дыхание ритмичное, ЧДД 18 в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Птоз справа. Зрачки $D \leq S$, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Гипестезия на внутренней стороне плеча, предплечья и кисти правой верхней конечности. Невозможность сгибания и разгибания кисти, разгибания и отведения большого пальца справа. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы: бицепитальный $D = S$, трицепитальный $D = S$, живые; карпорадиальный $D < S$; с ног – $D = S$, живые. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив.

Результаты обследования:

Рентгенография органов грудной клетки: добавочное шейное ребро справа.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
3. Назовите уровень поражения.
4. Чем обусловлены имеющиеся у больного птоз и миоз?
5. Назначьте лечение.

Задача № 6

Пациент Ж. (40 лет) обратился в поликлинику с жалобами на онемение 4 и 5 пальцев левой руки, слабость левой кисти.

Из анамнеза: больным себя считает около 6 месяцев, когда впервые заметил периодическое онемение 4 и 5 пальцев левой руки. За медицинской помощью не обращался. В течение последнего месяца появилась слабость в левой кисти. Анамнез жизни – работает за станком с опорой на левый локоть. Хронических заболеваний не отмечает.

Объективно: кожные покровы телесного цвета, дыхание ритмичное, ЧДД 17 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Гипестезия в области 4 и 5 пальцев левой кисти. Невозможность сжатия левой кисти в кулак, ограничение ладонного сгибания кисти, разведение и приведение пальцев. Тонус мышц не изменен. Гипотрофия мышц гипотенара, западение межкостных промежутков левой кисти. Сухожильные рефлексы D=S, живые. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Результаты обследования:

Рентгенография левого локтевого сустава: без патологии.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
3. Как называется описанная выше кисть?
4. Назначьте лечение.

Задача № 7

Пациентка У. (25 лет) обратилась в поликлинику с жалобами на онемение 1, 2 и 3 пальцев левой руки, слабость левой кисти.

Из анамнеза: 2 месяца назад пациентка упала с велосипеда на левую кисть. Лечилась у травматолога с диагнозом: закрытый перелом левой лучевой кости в нижней трети. 2 недели назад появились вышеуказанные жалобы. Анамнез жизни – без особенностей. Хронических заболеваний не отмечает.

Объективно: кожные покровы телесного цвета, дыхание ритмичное, ЧДД 17 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Гипестезия в области ладонной поверхности 1, 2 и 3 пальцев левой кисти. Невозможность ладонного сгибания левой кисти, 1, 2 и 3 пальцев, ограничение противопоставления большого пальца, пронации, разгибания средних и концевых фаланг 2 и 3 пальцев левой руки. Тонус мышц не изменен. Гипотрофия мышц тенара. Сухожильные рефлексы D=S, живые. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Результаты обследования:

Рентгенография левого предплечья: консолидированный перелом левой лучевой кости в нижней трети.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
3. Как называется кисть при данном заболевании?

4. Назначьте лечение.

Ситуационные задачи 2 семестра:

Задача № 1

Пациент Г. (54 года) доставлен в стационар по наряду скорой помощи с жалобами на слабость в левых конечностях, нечеткость речи.

Из анамнеза: за 2 часа до госпитализации на фоне относительного благополучия ослабли левые конечности, стала невнятной речь. Анамнез жизни: Артериальное давление не контролировал. Сахарный диабет 1 типа, подкожно вводит инсулин по схеме, предписанной эндокринологом. Язвенная болезнь желудка (последнее документально подтвержденное обострение 4,5 месяца назад).

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание: самостоятельное, ритмичное. АД 170/100 мм рт. ст. Пульс 72 в минуту, ритмичный. Живот мягкий. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Речь грамматически и семантически правильная. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Чувствительность на лица снижена слева. Лицо асимметрично за счет сглаженности левой носогубной складки. Нистагма нет. Слух не нарушен. Дисфагии, дисфонии нет. Легкая дизартрия. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Левосторонняя гемигипестезия. Сила мышц левых руки и ноги снижена до 2 баллов. Сухожильные рефлексы оживлены, S>D. Тонус в левых конечностях повышен по спастическому типу. Координаторные пробы: справа выполняет удовлетворительно без атаксии, слева не выполняет из-за пареза. Рефлекс Бабинского положительный слева.

Результаты обследования:

Лабораторные исследования: Клинический анализ крови: гемоглобин 132,0 г/л, гематокрит 35,5%, эритроциты $3,88 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $9,09 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $301,0 \cdot 10^9/л$, средний объем эритроцита 91,5 фл, содержание Hb в эритроците 30,6 пг, средняя концентрация Hb в эритроците 335,0 г/л, ширина распределения эритроцитов 14,2%. Биохимический анализ крови: натрий 137 ммоль/л, калий 4,2 ммоль/л, хлор 110 ммоль/л, креатинин 87 мкмоль/л, мочевины 5,6 ммоль/л, глюкоза 15,0 ммоль/л. Коагулограмма: МНО 1,28, АЧТВ 23 сек.

Инструментальные исследования:

МСКТ головного мозга: КТ-признаки наружной гидроцефалии.

Триплексное сканирование брахиоцефальных артерий: начальные признаки атеросклероза.

Транскраниальная доплерография сосудов головного мозга: линейная скорость кровотока в пределах должных значений.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧЖС 78 в мин. Диффузные изменения миокарда. Гипертрофия левого желудочка.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Достаточно ли данных для постановки диагноза или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно проведение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.
3. Целесообразно ли проведение тромболитической терапии в данном клиническом случае? Достаточно ли данных для принятия решения?
4. Определите диагностический поиск причины развившегося состояния.
5. Назначьте лечение и определите прогноз заболевания.

Задача № 2

Пациентка И. (64 лет) амбулаторно обратилась за медицинской помощью с жалобами на приступы непроизвольного зажмуривания.

Из анамнеза: в течение восьми лет пациентку беспокоят приступы непроизвольного зажмуривания с частотой до 10-20 раз в сутки. Сообщает, что из-за наступающих спазмов вынуждена была уволиться с работы, отказаться от вождения транспортного средства. В настоящее время из-за внезапно наступающих симптомов социально дезадаптирована, даже не может перейти дорогу. Пациентка утверждает, что есть некоторые манипуляции, которые облегчают приступ: легкое касание рукой глаз во время зажмуривания. Анамнез жизни – отмечает эпизоды повышения артериального давления, постоянно принимает эналаприл по 5 мг утром и вечером. Другие хронические заболевания отрицает.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧД 17 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный. Живот мягкий. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. На момент осмотра приступа зажмуривания не наблюдалось. Зафиксированы синкинезии круговых мышц глаза и корrugаторов. Чувствительность на лица не снижена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух не нарушен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Парезов нет, тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы живые, симметричны. Патологических рефлексов нет. Правша. Наблюдается изменение почерка и легкий «спазм» кисти и сведение пальцев после написания нескольких предложений. Координаторные пробы: выполняют удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива.

Результаты обследования:

МРТ головного мозга: без патологии.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Достаточно ли данных для постановки диагноза, или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно проведение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.
3. Является ли данное заболевание психическим, поскольку пациентка его контролирует.
4. Назначьте лечение и определите прогноз заболевания.

Задача № 3

Пациент Б. (70 лет) обратился в поликлинику с жалобами на слабость и уменьшение в объеме конечностей, неразборчивость речи (трудно выговаривать слова).

Из анамнеза: постепенно нарастающую слабость в конечностях больной отмечает в течение двух лет. За последние несколько месяцев – ухудшение самочувствия: конечности заметно уменьшились в объеме, речь стала нечеткой. Анамнез жизни – без особенностей. Хронические заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Артериальная гипертензия 3 ст., 3 степень, риск 4. Лекарственные препараты принимает регулярно.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, ЧДД 18 в минуту. АД 135/90 мм рт. ст. Пульс 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена,

корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух сохранен. Дизартрия. Дисфагии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы сохранены, симметричные. Гипотрофия мышц языка, фибриллярные подергивания в них. Чувствительных нарушений нет. Сухожильные рефлексы D=S, высокие. Рефлекс Бабинского положительный с двух сторон. Гипотрофия мышц конечностей, фасцикулярные подергивания мышц плеч и надплечий. При ходьбе и в позе Ромберга – пошатывание. Координаторные пробы выполняет неуверенно.

Результаты обследования:

ЭНМГ: поражение мотонейронов передних рогов спинного мозга при сохранности проведения по периферическим нервам.

Задание.

1. Поставьте топический диагноз.
2. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Назначьте лечение.
5. Возможные исходы заболевания?

Задача № 4

Пациент О. (25 лет) доставлен в приемное отделение бригадой СМП со стройки. Жалоб не предъявляет в связи с тяжестью состояния.

Из анамнеза (со слов врача СМП): примерно час назад, поднимая 25-килограммовый мешок с цементом, внезапно почувствовал сильнейшую головную боль в затылочной области, выпустил мешок из рук (мешок упал на землю). Была двукратная рвота.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧДД 19 в минуту. АД 170/90 мм рт. ст. Пульс 88 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: сознание угнетено до уровня комы I. Ригидность мышц затылка 3 п.п., симптом Кернига под углом 90°, положительный нижний симптом Брудзинского. За молоточком не следит. Зрачки D=S, фотореакции вялые. Корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы D=S, оживлены. Патологических рефлексов нет. В ответ на болевое раздражение конечностей – целенаправленные движения.

Результаты обследования:

Люмбальная пункция: СМЖ вытекает под давлением, окрашена кровью.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных дополнительных методов обследования.
2. Какие обследования необходимо провести?
3. Определите тактику ведения больного.
4. Возможные исходы заболевания?

Задача № 5

Пациентка Д. (60 лет) обратилась в поликлинику с жалобами на затруднение и замедленность движений, шаткость при ходьбе, нарушение походки, изменение голоса (стал менее звонким).

Из анамнеза: больной себя считает в течение полутора лет, когда впервые заметила, что голос стал тише. Затем изменилась походка: пациентка не могла быстро начать движение, остановиться или развернуться при ходьбе. Последние 2 месяца симптоматика нарастает: сначала появилось затруднение при движении правых конечностей, затем левых. Анамнез жизни без особенностей. Хронические заболевания: Артериальная гипертензия 3 ст., 3

степень, р. 4. Лекарственные препараты принимает регулярно. Хронический холецистит, стадия ремиссии.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧДД 16 в минуту. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 64 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично, гипомимично. Редкое мигание. Нистагма нет. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Голос тихий. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Убедительных расстройств чувствительности нет. Тонус мышц симметрично повышен по типу «зубчатого колеса». Сухожильные рефлексы D=S, оживлены. Мышечная сила сохранена. Патологических рефлексов нет. Походка медленная. Ахейрокинез. Олиго- и брадикинезии. В позе Ромберга шаткость. Координаторные пробы выполняет неуверенно.

Результаты обследования:

МРТ головного мозга: без патологических изменений.

Задание.

1. Поставьте топический диагноз.
2. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных дополнительных методов обследования.
3. Что такое гипомимия?
4. Определите тактику ведения больной.

Ситуационные задачи 3 семестра:

Задача № 1

Пациент Р. (18 лет) обратился в поликлинику с жалобами на затруднение при открывании глаз после зажмуривания, разжимании кистей, перемене положения ног.

Из анамнеза: Больным себя считает около четырех лет, когда впервые заметил затруднение при разжимании кисти, сжатой в кулак. Впоследствии трудно стало открывать зажмуренные глаза, изменять положение ног после длительного сидения и стояния. Анамнез жизни – без особенностей. Семейный анамнез не известен. Хронических заболеваний не отмечает.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧДД 18 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 68 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Чувствительных нарушений не выявлено. Гипертрофия мышц туловища, конечностей. Тонус мышц повышен. Сухожильные рефлексы D=S, оживлены. Мышечная сила в конечностях симметрично снижена до 3-4 баллов. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Пациент не может быстро разжать кисти, изменить положение ног, открыть рот, глаза, после неоднократного повторения данных действий увеличивается скорость их выполнения.

Результаты обследования:

МРТ головного мозга: без патологии.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Каков тип наследования?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 2

Пациент М. (7 месяцев) осмотрен на приеме в поликлинике. Со слов матери, жалобы на вялость ребенка, слабость в конечностях.

Из анамнеза (со слов врача матери): ребенок 3 недели назад перенес острый гастроэнтерит. Лечился амбулаторно у педиатра. После этого ребенок стал менее активным, появилась слабость в конечностях: сначала в нижних, потом в верхних. Анамнез жизни – без особенностей. Хроническими заболеваниями не страдает.

Объективно: кожные покровы телесного цвета, дыхание ритмичное, ЧДД 16 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 60 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: в сознании. Менингеальных знаков нет. Движения глазных яблок сохранены. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Лежит на спине с разведенными и ротированными кнаружи ногами. Тонус мышц снижен. Сухожильные рефлексы D=S, снижены. Фасцикулярные подергивания в мышцах конечностей. Атрофия мышц нижних конечностей.

Результаты обследования:

Уровень КФК: не изменен.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Требуется ли проведение дополнительных методов исследования? Если да, то каких?
3. По какому типу наследуется заболевание?
4. Как называется описанная выше поза ребенка?
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 3

Пациентка С. (12 лет) обратилась в поликлинику. Жалоб не предъявляет. Со слов матери, жалобы на кратковременные эпизоды «замирания», во время которых дочь перестает разговаривать и откликаться на обращенную речь.

Из анамнеза (со слов матери): 3 года назад родители впервые заметили, что дочь часто бьет посуду и роняет вещи; перед этим девочка замолкает, не отвечает на вопросы. Такой эпизод длится несколько секунд, повторяется 2-3 раза в месяц, после окончания приступа девочка продолжает разговор или прерванное действие; объясняет свое поведение тем, что задумалась. Падений, непроизвольного мочеиспускания, дефекации не было. Больная об этих эпизодах ничего не помнит. В течение последних нескольких месяцев эти эпизоды участились. Анамнез жизни – у дяди по отцовской линии эпилепсия. Хронических заболеваний не отмечает.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧДД 17 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые,

симметричные. Чувствительных нарушений не выявлено. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы D=S, оживлены. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Результаты обследования:

ЭЭГ: пароксизмальные разряды «пик – медленная волна» с частотой 3/с, с генерализацией по конвексу.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить? Наблюдение какого специалиста необходимо?
3. Какова тактика ведения пациентки? Как длительно необходим прием препаратов?
4. С какой периодичностью проводится ЭЭГ-контроль?
5. Когда проводится вне плановое ЭЭГ?

Задача № 4

Пациент Р. (52 года) обратился в поликлинику с жалобами на асимметрию лица, нарушение вкуса, повышенная чувствительность к звукам на левое ухо.

Из анамнеза: больным себя считает в течение 2 месяцев, когда заметил легкую сглаженность левой носогубной складки. За медицинской помощью не обращался. Несколько недель назад появилось снижение вкуса и повышенная восприимчивость звуков левым ухом. Анамнез жизни – без особенностей. Хронические заболевания – хронический панкреатит, стадия ремиссии.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧДД 18 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс 68 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Положительный симптом Белла и ресниц слева. Лагофтальм слева. Невозможность нахмурить и поднять левую бровь. Лицо асимметрично: сглажена левая носогубная складка. Нистагма нет. Слух: гиперacusia слева. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Снижение вкуса на передних 2/3 языка слева. Чувствительных нарушений не выявлено. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы D=S, живые. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Результаты обследования:

МРТ головного мозга: объемное образование в области моста слева.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить? Консультация каких специалистов необходима?
3. Какова тактика ведения пациентки?
4. Что такое лагофтальм, феномен Белла?
5. Развитие каких альтернирующих синдромов возможно у пациента?

Задача № 5

Пациент Р. (32 года) обратился в поликлинику с жалобами на судороги в правой руке, правой половине лица.

Из анамнеза: 1 год назад попал в автомобильную аварию. Лечился в нейрохирургическом отделении с диагнозом ЗЧМТ (ушиб головного мозга). 2 месяца назад появились

судорожные подергивания в правой руке длительностью 1-2 минуты. Сознание в момент приступа не терял. Непроизвольного мочеиспускания, дефекации не было. Такие эпизоды повторялись 1-2 раза в неделю. В течение последних трех недель приступы стали чаще и сопровождаются подергиваниями правой половины лица. Анамнез жизни – без особенностей. Хронических заболеваний не отмечает.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧДД 18 в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Чувствительных нарушений не выявлено. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы D=S, оживлены. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Задание.

6. Назовите синдромальный диагноз.
7. Определите уровень поражения.
8. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
9. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
10. Какова тактика ведения пациента?

Задача № 6

Пациентка Ф. (40 лет) обратилась в приемное отделение с жалобами на шум, снижение слуха на левое ухо, головокружение при перемене положения тела.

Из анамнеза: больной себя считает в течение 4 месяцев, когда появился шум в левом ухе, через неделю заметила снижение слуха на левое ухо. Лечилась у оториноларинголога, без динамики. В течение последних двух недель – ухудшение самочувствия: появилось выраженное кратковременное головокружение по типу «вращения на карусели». Анамнез жизни без особенностей. Хронические заболевания: Хронический гастрит, стадия ремиссии.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧДД 18 в минуту. АД 115/80 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы S<=D. Лицо симметрично. Горизонтальный крупноамплитудный нистагм при взгляде влево. Слух снижен слева. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы S<=D. Убедительных расстройств чувствительности нет. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы D=S, живые. Мышечная сила сохранена. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга неустойчива. Интенционный тремор при выполнении координаторных проб, больше слева.

Результаты обследования:

МРТ головного мозга: в области пирамиды височной кости слева – объемное образование небольших размеров с четкими контурами.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных дополнительных методов обследования.
2. Как называется такое головокружение? Чем оно обусловлено?

3. Какое дообследование необходимо провести?
4. Определите тактику ведения больной.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 7

Пациент М. (29 лет) доставлен в приемное отделение с улицы бригадой СМП, вызванной прохожими, с жалобами на головную боль.

Из анамнеза (со слов врача СМП): несколько часов назад больной был избит неизвестным на улице. Терял сознания, точное время, сколько находился без сознания, указать не может. Не помнит, кто вызвал бригаду СМП. Анамнез жизни – без особенностей. Хроническими заболеваниями не страдает.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые. Имеются множественные ушибы и ссадины на лице и на волосистой части головы. Дыхание ритмичное, ЧДД 18 в минуту. АД 120/85 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное, больной растерян. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо асимметрично: легкая сглаженность правой носогубной складки. Нистагма нет. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Речь замедленная. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Чувствительных нарушений не выявлено. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы D>=S, живые. Патологических рефлексов нет. Шаткость походки. Координаторные пробы выполняет неуверенно. В позе Ромберга пошатывание.

Результаты обследования:

МСКТ головного мозга: травматических изменений костей черепа не выявлено.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Как необходимо транспортировать больного?
3. Осмотр каких специалистов нужен в данном случае?
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 8

Пациентка П. (2 года 5 месяцев) осмотрена на приеме в поликлинике. Со слов матери, жалобы на то, что ребенок самостоятельно не сидит, не ходит и не говорит.

Из анамнеза (со слов матери): Девочка родилась на 33 неделе с весом 1200 г. В первые 4 недели была вялой, не сосала грудь, отмечалась недостаточная прибавка в весе. Взгляд фиксировать стала в 6,5 месяцев, держать голову в 8 месяцев. Хроническими заболеваниями не страдает.

Объективно: кожные покровы телесного цвета, дыхание ритмичное, ЧДД 17 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 62 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: в сознании. Менингеальных знаков нет. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Сходящийся страбизм. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично, амимично. Нистагма нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Положительные рефлексы орального автоматизма: хоботковый, сосательный, назолабиальный, Маринеску-Радовичи. Лежит на спине с несколько запрокинутой назад головой, руки полусогнуты в локтевых суставах, пронированы, плечи приведены к туловищу, кисти сжаты в кулак, большой палец приведен к ладони. Ноги полусогнуты в коленных суставах, перекрещены на уровне голеней, разогнуты в голеностопных суставах. Объем активных движений в конечностях ограничен. Тонус мышц повышен по типу «складного ножа». Сухожильные рефлексы с рук D=S,

высокие. Брюшные рефлексы отсутствуют. Рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо и Жуковского положительны с двух сторон. Шейные установочные рефлексы и рефлекс Ландау не выявляются.

Задание.

1. Назовите ведущие синдромы.
2. Поставьте топический диагноз.
3. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины.
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 9

Пациентка С. (54 года) доставлена в приемное отделение стационара родственниками, самостоятельно жалобы не предъявляет из-за речевых нарушений.

Из анамнеза: на протяжении недели до госпитализации пациентка испытывала постоянную головную боль в левой теменно-височной области, периодически жаловалась на неловкость в правой руке, иногда путала слова. В день госпитализации пациентка найдена дома, не вступающей в контакт. Обращало на себя внимание отсутствие спонтанных движений в правых конечностях. Анамнез жизни (со слов дочери): отмечает нестабильное артериальное давление с максимальными цифрами 180/100 мм рт. ст.

Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание самостоятельное, ритмичное. АД 160/80 мм рт. ст. Пульс 78 в минуту, ритмичный. Живот мягкий. Физиологические отправления не контролирует.

Неврологический статус: Сознание ясное. Положительный симптом Мондонези слева. Тотальная афазия. Тонический поворот глаз и головы влево, парез взора вправо. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Лицо асимметрично за счет сглаженности правой носогубной складки. Нистагма нет. Дисфагия, поперхивается жидкостью на первом глотке. Глоточные рефлексы незначительно снижены. На болевой стимул хуже реагирует справа. Правосторонняя гемиплегия с низким мышечным тонусом. Рефлекс Бабинского положительный справа. Сухожильные рефлексы: D<S. Координаторные пробы: не выполняет.

Результаты обследования:

МСКТ головного мозга: в подкорковых ядрах левой лобно-теменно-височной области участок повышения рентгеновской плотности до 76 ед.Н., объемом 23 см³, на фоне участка неравномерного снижения рентгеновской плотности с четкими контурами объемом 52 см³.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Достаточно ли данных для постановки диагноза или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно проведение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.
3. Назначьте лечение и определите прогноз заболевания.

Задача № 10

Пациент Г. (67 лет) доставлен в стационар по наряду скорой медицинской помощи с предварительным диагнозом «кома неясной этиологии».

Анамнез: Найден на улице без сознания за 40 минут до госпитализации.

Объективно: Кожные покровы бледные. Прикус языка. Температура тела 37,6 С. Дыхание: проводится ИВЛ через оротрахеальную трубку (интубация проведена на догоспитальном этапе). АД 130/80 мм рт. ст. Пульс 72 в мин, ритмичный. Живот мягкий. На одежде следы непроизвольного мочеиспускания.

Неврологический статус: Глубокая кома. На болевой стимул не реагирует. Инструкции не выполняет. На болевой раздражитель определяется сгибательная реакция. Менингеальных знаков нет. Глазные яблоки установлены прямо. Неритмичное, спонтанное сужение и расширение зрачков (гиппус). Симметрию лица, глоточные рефлексы невозможно оценить из-за стояния оротрахеальной трубки. Тонус мышц несколько повышен. Сухожильные рефлексы оживлены, без четкой разницы сторон. Патологические рефлексы не определяются.

Результаты обследования:

Лабораторные исследования:

Алкоголь в крови: 0,75 г/л.

Клинический анализ крови : гемоглобин 112,0 г/л, гематокрит 33,5%, эритроциты 3,66 10^{12} /л, лейкоциты 13,09 10^9 /л, тромбоциты 301,0 10^9 /л, средний объем эритроцита 91,5 фл, содержание Hb в эритроците 30,6 пг, средняя концентрация Hb в эритроците 335,0 г/л, ширина распределения эритроцитов 14,2%.

Биохимический анализ крови: натрий 129 ммоль/л, калий 3,6 ммоль/л, хлор 97 ммоль/л, креатинин 101 мкмоль/л, мочевина 7,6 ммоль/л, глюкоза 8,7 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

МСКТ головного мозга: КТ-признаки атрофической, (заместительной) гидроцефалии. Данных за острое нарушение мозгового кровообращения нет. Костной патологии не выявлено.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Достаточно ли данных для постановки диагноза или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно выполнение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.
3. Назначьте лечение.

Задача № 11

Пациент Р. (30 лет) амбулаторно обратился за медицинской помощью с жалобами на приступы интенсивной стреляющей боли в левой половине лица продолжительностью до 10 секунд с частотой до 7-10 раз в день, боли провоцируются потреблением горячей или холодной, а также твердой пищи, прикосновением к лицу во время бритья.

Из анамнеза: подобные приступы беспокоили и ранее, однако боли были менее интенсивные, купировались приемом нестероидных противовоспалительных средств. За две недели до обращения пациент отмечал пузырьковые высыпания над левой верхней губой. Сообщает, что ранее проходил лечение по поводу рецидивирующей герпес-инфекции.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧД 17 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный. Живот мягкий. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Чувствительность на лице не изменена. Корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо незначительно асимметрично за счет сглаженности левой носогубной складки. Нистагма нет. Слух не нарушен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Парезов нет, тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы живые, симметричны. Патологических рефлексов нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив.

Результаты обследования:

МРТ головного мозга + МР-ангиография интракраниальных артерий: органической патологии головного мозга и интракраниальных артерий не выявлено.

Задание.

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования, обоснуйте диагноз.
- 2.Достаточно ли данных для постановки окончательного диагноза, или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно проведение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.
- 3.Назначьте лечение и определите прогноз заболевания.

Ситуационные задачи 4 семестра:

Задача № 1

Пациентка В. (41 год) предъявляет жалобы на двоение в глазах, неловкость в руках и ногах, затруднение глотания.

Из анамнеза: двоение в глазах развилось около недели назад, затем прогрессировало. В последние три дня до госпитализации появлялись неловкость в руках и ногах, шаткость походки, затруднение глотания. За две недели до госпитализации перенесла острую респираторную вирусную инфекцию.

Объективно: Кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧД 16 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 72 в минуту, ритмичный. Живот мягкий. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Конвергирующий страбизм за счет правого глазного яблока, слабость левой латеральной прямой мышцы глаза. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Легкий полуптоз левого века. Чувствительность на лице не снижена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагм горизонтальный, мелкокоразмашистый в крайних отведениях. Слух не нарушен. Дизартрии, дисфонии нет. Дисфагия, поперхивается только жидкостью на первом глотке. Глоточные рефлексы: снижены, преимущественно слева. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Парезов нет, тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы снижены, без значимой асимметрии. Координаторные пробы: легкая атаксия при выполнении пальценосовой пробы с двух сторон, без значимой разницы сторон. Патологических рефлексов нет.

Результаты обследования:

МСКТ головного мозга: КТ-признаков структурной патологии головного мозга и костей черепа не выявлено.

МРТ головного мозга: органической патологии не выявлено.

Прозериновая проба отрицательная. Антитела к HIV – не выявлены.

Задание.

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования, дайте обоснование.
- 2.Укажите, достаточно ли данных для постановки окончательного диагноза, или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно проведение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.
- 3.Обоснуйте, оправдано ли было проведение прозериновой пробы, интерпретируйте ее результаты.
- 4.Назначьте лечение.

Задача № 2

Пациент В. (34 года) поступил в стационар по наряду скорой помощи с жалобами на интенсивное головокружение при перемене положения тела, неустойчивость при ходьбе.

Из анамнеза: за три дня до госпитализации на фоне полного благополучия пациент ощутил интенсивное головокружение, усиливающееся при повороте головы влево, симптомы сохранялись и пациент обратился за медицинской помощью. Анамнез жизни – без особенностей. Хроническими заболеваниями не страдает.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧД 17 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный. Живот мягкий. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Чувствительность на лица не снижена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагм горизонтальный, крупноамплитудный при взгляде влево. Слух не нарушен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Парезов нет, тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы живые, симметричны. Патологических рефлексов нет. Координаторные пробы: атаксия при выполнении пальце-носовой пробы правой рукой. В позе Ромберга отклонение вправо.

Результаты обследования:

МСКТ головного мозга: КТ-признаков структурной патологии головного мозга и костей черепа не выявлено.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Достаточно ли данных для постановки диагноза, или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно проведение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.
3. Назначьте лечение и определите прогноз заболевания.

Задача № 3

Пациент С. (52 года) обратился в приемное отделение больницы в связи с волнообразным нарушением речи в течение нескольких дней.

Из анамнеза: пациент сообщает, что около двух недель беспокоит выраженная слабость, при выполнении привычных бытовых обязанностей быстро устает и появляется одышка. За несколько дней до обращения за медицинской помощью ухудшилась речь, однако расстройство проявляется волнообразно. Отмечает, что стал поперхиваться водой. Анамнез жизни – без особенностей. Хроническими заболеваниями не страдает.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧД 17 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс 76 в минуту, ритмичный. Живот мягкий. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу изменены. Движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Чувствительность на лица не снижена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо несколько асимметрично, отмечается разница глазных щелей. Нистагма нет. Слух не нарушен. Дисфагия, дизартрия, дисфония легкой степени выраженности. Глоточный рефлекс снижен. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет. Парезов нет, тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы живые, симметричны. Патологических рефлексов нет. При выполнении нагрузочной пробы (10 приседаний) пациент сообщил, что устал, отмечается двусторонний полуптоз. Координаторные пробы: выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив.

Задание.

1. Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины.

2. Достаточно ли данных для постановки диагноза, или требуется проведение дифференциальной диагностики и целесообразно проведение клинических проб, назначение дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований.

3. Назначьте лечение.

Задача № 4

Пациент В. (21 год) обратился в приемное отделение с жалобами на слабость в ногах, пошатывание при ходьбе, периодическую задержку мочеиспускания.

Из анамнеза: три года назад больной на фоне переутомления отмечал снижение зрения на левый глаз. За медицинской помощью не обращался. Зрение самостоятельно восстановилось через 5 дней. Год назад появилось пошатывание при ходьбе, больше влево. В течение пяти дней отмечает ухудшение самочувствия – появилась слабость в ногах, периодическая задержка мочеиспускания. За медицинской помощью не обращался. Анамнез жизни – без особенностей. Хронических заболеваний не отмечает.

Объективно: кожные покровы телесного цвета, дыхание ритмичное, ЧДД 18 в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Периодическая задержка мочеиспускания.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Горизонтальный мелкоамплитудный нистагм, больше влево. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Снижение вибрационной чувствительности с ногтевых фаланг стоп. Тонус мышц повышен в разгибателях голени. Сухожильные рефлексы с рук D=S, живые; с ног – D=S, высокие. Мышечная сила в руках 5 баллов, в ногах – 4 балла. Брюшные рефлексы отсутствуют. Рефлекс Бабинского положительный с двух сторон. При ходьбе и в позе Ромберга – пошатывание влево. Мимопопадание и интенционный тремор в левой руке при выполнении пальце-носовой пробы.

Результаты обследования:

МРТ головного мозга: перивентрикулярно, у задних рогов боковых желудочков, в мозжечке выявляются множественные мелкие полиморфные очаги.

Задание.

1. Поставьте топический диагноз.
2. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Сформулируйте план дальнейшего лечения.
5. Возможна ли профилактика рецидивов? Если да, то какая?

Задача № 5

Пациент Г. (38 лет) доставлен в приемное отделение бригадой СМП. Жалоб не предъявляет в связи с тяжестью состояния.

Из анамнеза (со слов жены): заболел остро, внезапно среди полного благополучия 2 часа назад появились сильная головная боль, тошнота, многократная рвота, сердцебиение, одышка, повысилась температура тела до 39,8°C. Была вызвана бригада СМП. Анамнез жизни – без особенностей. Хронических заболеваний не отмечает.

Объективно: кожные покровы бледные, дыхание ритмичное, ЧДД 22 в минуту. АД 100/65 мм рт. ст. Пульс 105 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: сознание угнетено до уровня сопора. Ригидность мышц затылка 4 п.п., симптом Кернига под углом 90°, положительный нижний симптом Брудзинского. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Корнеальные рефлексы сохранены,

симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы с D=S, оживлены. Патологических рефлексов нет.

Результаты обследования:

МСКТ головного мозга: данных за патологический процесс нет.

Люмбальная пункция: СМЖ мутная, вытекает под давлением. Цитоз – 505 клеток в 1 мкл за счет нейтрофилов, белок – 2,6 г/л, глюкоза – 0,29 г/л, хлориды – 110 ммоль/л. При посевах СМЖ обнаружены грамположительные диплококки.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных результатов обследования.
2. Оцените состав спинномозговой жидкости.
3. Назначьте лечение.
4. Какие критерии прекращения антибиотикотерапии?
5. Какие возможны осложнения при данном заболевании?

Задача № 6

Пациентка Е. (39 лет) обратилась в поликлинику с жалобами на периодические головные боли, тошноту, слабость в правых конечностях, снижение работоспособности.

Из анамнеза: данные жалобы беспокоят в течение полугода, самочувствие постепенно ухудшается. Анамнез жизни – 8 месяцев назад больная завела кошку. Хроническими заболеваниями не страдает.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, дыхание ритмичное, ЧДД 17 в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Пульс 68 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное. Ригидность мышц затылка 1 п.п., симптом Кернига слабopоложительный с двух сторон. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо асимметрично: легкая сглаженность правой носогубной складки. Нистагма нет. Слух сохранен. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Правосторонняя гемигипестезия всех видов чувствительности справа. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы D=S, высокие. Мышечная сила в правой руке 3 балла, в правой ноге – 2 балла, в левых конечностях – 4 балла. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. **Результаты обследования:**

МРТ головного мозга: множественные очаги в обоих полушариях головного мозга.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных дополнительных методов обследования.
2. Возможный путь передачи заболевания?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
4. Определите тактику ведения больной.
5. Возможно ли хирургическое лечение данной патологии?

Задача № 7

Пациентка Н. (38 лет) переведена в отделение реанимации из ЛОР отделения, где лечилась по поводу двустороннего гнойного среднего отита. Жалобы на интенсивную головную боль, тошноту, многократную рвоту, повышение температуры до 41°C.

Из анамнеза: больной себя считает в течение 2 недель, когда сначала появилась боль в левом ухе, а затем – в правом, повышение температуры до 38°C. Лечилась амбулаторно у оториноларинголога, без динамики, была госпитализирована в ЛОР отделение. Второй день ухудшение самочувствия: появились вышеуказанные жалобы. Анамнез жизни – без особенностей. Хроническими заболеваниями не страдает.

Объективно: кожные покровы бледные, дыхание ритмичное, ЧДД 22 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 84 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления контролирует.

Неврологический статус: сознание ясное, заторможена. Ригидность мышц затылка 4 п.п., симптом Кернига под углом 90°, положительный нижний симптом Брудзинского. Свето-, звукобоязнь. Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу не изменены. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки равной величины, реакция на свет сохранена. Чувствительность на лице не изменена, корнеальные рефлексы сохранены, симметричны. Лицо симметрично. Нистагма нет. Слух снижен с двух сторон. Дисфагии, дизартрии, дисфонии нет. Глоточные рефлексы живые, симметричные. Правосторонняя гемигипестезия. Тонус мышц не изменен. Сухожильные рефлексы D>S, живые. Мышечная сила в правых конечностях – 4 балла, в левых – 5 баллов. Рефлекс Бабинского положительный справа. Координаторных пробы выполняет неуверенно, больше справа.

Результаты обследования:

МРТ головного мозга: в левой лобно-височной области определяется объемное образование небольших размеров с капсулой.

Задание.

1. Сформулируйте диагноз на основании клинической картины и данных дополнительных методов обследования.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. Определите тактику ведения больной.

Оценивание ответа обучающегося при промежуточной аттестации.

Оценка (пятибалльная)	Критерии оценивания устного опроса
отлично	«Отлично» выставляется, в случае, если ординатор глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.
хорошо	«Хорошо» выставляется, в случае, если ординатор твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.
удовлетворительно	«Удовлетворительно» выставляется, в случае, если ординатор имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил

Оценка (пятибалльная)	Критерии оценивания устного опроса
	его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.
неудовлетворительно	«Неудовлетворительно» выставляется в случае, если ординатор не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Примерные вопросы для промежуточной аттестации

1. Синдромы угнетения сознания. Менингеальный синдром.
2. Пирамидный синдром. Дифференциальная диагностика центрального и периферического пареза.
3. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности.
4. Основные синдромы поражения лобной, височной, теменной и затылочной долей.
5. Бульбарный и псевдобульбарный синдром. Мозжечковые расстройства.
6. Расстройства высших мозговых функций.
7. Гипокинетико-гипертонические синдромы, гиперкинетико-гипотонические синдромы.
8. Основные синдромы поражения продолговатого мозга, моста, среднего мозга.
9. Полное и половинное поперечное поражение спинного мозга, синдром конуса и эпиконуса.
10. Определение плексопатии, радикулопатии, ганглиопатии. Клинические проявления синдрома конского хвоста.
11. Классификация головной боли. Патогенез первичных головных болей.
12. Порядок оценки неврологического статуса. Оценка уровня сознания.
13. Исследование двигательной и чувствительной сферы. Методы выявления скрытого пареза. Методы оценки высших мозговых функций.
14. Патологические рефлексы (кистевые, стопные). Рефлексы орального автоматизма.
15. Координаторные пробы. Виды нарушения походки.
16. Люмбальная пункция. Техника выполнения. Показания и противопоказания к проведению.
17. Ультразвуковые и рентгенологические методы исследования в неврологии.
18. Нейрофизиологические методы исследования: электромиография, электроэнцефалография. Основной принцип методов. Показания и противопоказания к проведению.
19. Компьютерная и магнитно-резонансная томография. Ангиография. Радиоизотопные методы исследования. Основной принцип методов. Показания к проведению.

20. Классификация головной боли. Патогенез первичных головных болей.
21. Ишемический инсульт, факторы риска. Патогенетические варианты ишемического инсульта по TOAST и диагностика. Метаболические изменения в очаге ишемии и в зоне «полутени».
22. Топическая диагностика и клиническая картина ишемических поражений головного мозга. Формулирование диагноза ишемического инсульта.
23. Медикаментозное и немедикаментозное лечение ишемического инсульта. Основы терапии. Принципы назначения дезагрегантной и антикоагулянтной терапии. Показания и противопоказания к тромболитической терапии. Первичная и вторичная профилактика ишемического инсульта
24. Геморрагический инсульт, этиология и факторы риска. Патогенез внутримозгового кровоизлияния. Клиническая картина и диагностика внутримозгового кровоизлияния. Особенности геморрагического инсульта полушарной, стволовой и мозжечковой локализации.
25. Формулирование диагноза внутримозгового кровоизлияния. Медикаментозное и немедикаментозное лечение геморрагического инсульта. Основы терапии. Показания и противопоказания к хирургическому лечению геморрагического инсульта.
26. Энцефалопатии различного генеза. Дифференциальная диагностика.
27. Интракраниальные аневризмы: классификация, диагностика, клиническая картина в зависимости от локализации разорвавшейся аневризмы, методы лечения.
28. Нарушение венозного кровообращения головного мозга: классификация, причины, диагностика. Тромбоз поверхностных и глубоких вен мозга.
29. Нарушение спинального кровообращения: патогенез, клиника, диагностика. Лечение и реабилитация пациентов со спинальным инсультом.
30. Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы с преимущественным поражением экстрапирамидной системы: классификация, клиническая картина основных заболеваний.
31. Болезнь Паркинсона: этиология, патогенез, эпидемиология; клиника, диагностика; лечение.
32. Боковой амиотрофический склероз (этиология, патогенез, эпидемиология; клиническая картина; диагностика и дифференциальная диагностика, лечение);