федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**НЕВРОЛОГИЯ**

по специальности

31.08.42 Нейроэндокринология

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.48 Неврология, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

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

ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании специализированной скорой медицинской помощи.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.**

**Тема 1.** Диабетическая энцефалопатия и миелопатия. Диабетическая нейропатия, полинейропатия, нейромиалгии, нейропатическая боль. Расстройства сознания при нарушении углеводного обмена. Комы. Диабетическая эпилепсия. Нейрогенные гипер- и гипогликемии.

 **Формы текущего контроля** **успеваемости:** *устный опрос, защита рефератов, тестирование, решение ситуационных задач.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Поражение периферической нервной системы при сахарном диабете.

2.Диабетическая полинейропатия.

3.Поражение черепно-мозговых нервов при СД, диагностика, лечение

4.Нейромиалгии, нейропатическая боль при сахарном диабете.

5. Поражение центральной нервной системы при диабете.

6. Диабетическая энцефалопатия. Диагностика и лечение

7. Комы при диабете( методы оценки)

8.Гипергликемическая кома.Клиника.Диагностика.Лечение.

9.Гипогликемическая кома.Клиника.Диагностика.Лечение.

10.Диагностика нейроэндокринных синдромов при диабете.

11. Лечение нейроэндокринных синдромов при диабете.

***Темы для рефератов:***

1. Диагностика и лечение диабетической эпилепсии.

2. Гиперосмолярная кома. Методы диагностики и лечения.

3. Нейропатическая боль при сахарном диабете. Диагностика и лечение.

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Для диабетической полинейропатии характерно

 а) симметричность поражения

 б) преимущественное поражение нервов верхних конечностей

 в) преимущественное поражение нервов нижних конечностей

 г) преимущественное поражение черепных нервов

 д) все перечисленное

 е) верно а) и в)

2. Диабетическая полинейропатия развивается

 а) при неадекватной терапии сахарного диабета

 б) при большой длительности заболевания

 в) при высокой степени гипергликемии

 г) при наличии кетоацидоза

 д) при всем перечисленном

3. Наиболее типичным неврологическим синдромом, осложняющим течение сахарного диабета, является

 а) энцефалопатия

 б) миелопатия

 в) полинейропатия

 г) судорожный синдром

 д) все перечисленное

4. Сопутствующими симптомами гипогликемической комы являются

 а) сухость кожных покровов

 б) влажность кожных покровов

 в) снижение артериального давления

 г) повышение артериального давления

 д) верно б) и в)

 е) верно а) и г)

5. При сахарном диабете наиболее часто развивается нейропатия следующих черепных нервов

 а) II, IV, VI, VII

 б) VII, XI, XII

 в) X, XI, XII

 г) IX, X

6. При диабетической полинейропатии преобладают

 а) двигательные нарушения

 б) вегетативно-трофические нарушения

 в) нарушения поверхностной чувствительности

 г) сенситивная атаксия

 д) верно а) и г)

 е) верно б) и в)

7. Для патогенетической терапии диабетической полинейропатии применяют

 а) антихолинэстеразные препараты

 б) вазоактивные средства

 в) кокарбоксилазу, витамин В1

 г) глюкокортикоиды

 д) все перечисленное

 е) верно б) и в)

8. Для патогенетической терапии диабетической полинейропатии применяют

 а) антихолинэстеразные препараты

 б) вазоактивные средства

 в) кокарбоксилазу, витамин В1

 г) глюкокортикоиды

 д) все перечисленное

 е) верно б) и в)

9. Для нейрогенной импотенции при сахарном диабете

 в отличие от психогенной импотенции характерно

 а) острое начало

 б) снижение либидо

 в) отсутствие утренних эрекций

 г) преждевременная эякуляция

 д) все перечисленное

10. При лечении гипергликемической комы применяют

 а)инсулин

 б)клофелин

 в) лазикс

 д) пентамин

11. При гипергликемическй коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах

 а) алкоголя

 б) аммиака

в) ацетона

 г) нет запаха

12. Показанием для введения бикарбоната натрия больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, является:

 а). бикарбонат натрия вводится всем больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, с целью борьбы с ацидозом;

 б). снижение рН крови ниже 7,36;

 в). начинающийся отек мозга;

г). снижение рН крови ниже 7,0;

 д). сопутствующий лактоацидоз.

 13. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения:

 а). строфантина;

 б). изотонического раствора хлорида натрия и инсулина;

 в). солей кальция;

 г). норадреналина;

 д). солей калия.

14. Для периферической вегетативной недостаточности при сахарном диабете

 характерны все проявления, кроме

 а) ортостатической гипотензии

 б) артериальной гипертензии в положении лежа

 в) ночных поносов

 г) запоров

 д) повышенной реакции на гипогликемию

 е) ангидроза

15. Судорожные приступы при диабетической эпилепсии возникают:

1)в дневное время

2) в ночное время

3**)**не зависят от времени суток

16. Для инструментальной диагностики диабетической эпилепсии абсолютно необходимы данные

 1) ангиографии

 2) электроэнцефалографии

 3) ультразвуковой допплерографии

 4) компьютерной томографии

 5) радиоизотопной сцинтиграфии

17. Нейрогенная остеоартропатия (сустав Шарко) при сахарном диабете

 наиболее часто возникает

 а) в плюснефаланговых суставах

 **б) в плюснепредплюсневых суставах**

 в) в голеностопных суставах

 г) в коленных суставах

 д) в локтевых суставах

18. Причина развития гемипареза на 10-ые сутки субарахноидального нетравматического кровоизлияния:

1) отек мозга,

2) синдром верхнего вклинения,

3) синдром нижнего вклинения,

4) спазм церебральных артерий.

5) присоединение менингита.

***Типовые ситуационные задачи:***

*Задача1.*

Больной Т., 16 лет, доставлен в клинику в бессознательном состоянии. Со слов родственников установлено, что страдает сахарным диабетом 1 типа в течение года. Негативно относится к лечению инсулином. За неделю до поступления в клинику прекратил введение инсулина. Состояние больного резко ухудшилось, нарастала жажда, полиурия, слабость, появилась тошнота, многократная рвота. В день госпитализации потерял сознание.

Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь, мышечный тонус снижен. Тургор глазных яблок понижен. Температура тела 36,0 "С. Глубокое шумное дыхание. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие. Пульс частый, нитевидный, малого наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 120 в мин. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень на 2,0 см выступает из-под края реберной дуги, кишечные шумы ослаблены. Сухожильные рефлексы резко снижены.

ОАК: лейкоциты  25,0х109, П  20%, С  78%, лимфоциты  2%.

ОАМ: удельный вес 1045, белок 0,6 г/л, сахар 8%, ацетон ++++.

БАК: общий белок  78 г/л, мочевина  13,5 ммоль/л, креатинин крови  140,6 мкмоль/л,  кетоновые тела  11 ммоль/л, НЭЖК  2,4 ммоль/л, сахар крови  48,8 ммоль/л, рН крови 7,02.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?

2) Нужна ли госпитализация?

3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?

4) Тактика лечения?

*Задача2.*

Больной Д., 62 лет жалуется на сухость во рту, периодическую жажду.Болен сахарным диабетом 2 типа в течение 5 лет. Диету не соблюдает, сахароснижающие препараты принимает не регулярно. Последние полгода беспокоят боли в ногах, преимущественно в ночное время, чувство жжения, онемения, ползанья «мурашек». Объективно: повышенного питания, с преимущественным отложением жира в области живота, гипотрофия мышц голеней. Язык сухой.

1. Поставьте диагноз?

2. Какое осложнение имеет место у данного пациента?

3. Назовите причину развития данного осложнения?

4. Назовите патогенетические механизмы развития данного заболевания?

*Задача3.*

Больной, 16 лет, доставлен бригадой скорой помощи в хирургическое отделение с острыми болями в животе. Заболел сутки назад. Хирурги заподозрили острый живот, однако заметили запах ацетона изо рта. Сахар крови 20 ммоль/л. В разовой порции мочи 8% сахара, ацетон +++, удельный вес 1043. Состояние тяжелое. Заторможен. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Язык яркий сухой. Ангулярный стоматит. Пародонтоз. Дыхание шумное. В легких жесткое дыхание. Пульс 100, ритмичный. Тоны сердца глухие. АД-90/50 мм рт ст. Брюшная стенка напряжена. Пальпация живота резко болезненная во всех отделах. Симптом Щеткина +. Печень перкурторно + 6см. Масса тела больного 60 кг. От рвотных масс резкий запах ацетона.

 Задания:

1.Какое предположение о диагнозе будет наиболее правильным?

2. Обоснуйте диагноз

3.Чем объяснить тяжесть состояния и развитие «острого живота» у пациента?

4. С какими заболеваниями дифференцировать данное состояние?

5. Наметьте план лечебных мероприятий.

***Эталоны ответов на типовые ситуационные задачи***

*Задача 1.*

1.Предварительный диагноз: Сахарный диабет 1 типа, кетоацидотическая кома.

2.Госпитализация обязательна

3.План обследования: Определение уровня глюкозы в крови, уровня глюкозы и ацетона в моче.

4Лечение: инфузионная регидратация 0,9% раствором хлорида натрия в количестве 10% от массы тела в первые 12 ч со скоростью 1,0-1,5 л в первый час, во второй час и третий  0,5 л, далее по 0,3-0,5 л/ч до восстановления ОЦК, нормализации АД и диуреза (50-100 мл/ч), инсулинотерапия  режим непрерывной инфузии малых доз  0,1 ЕД на кг массы тела больного, при снижении гликемии менее 14,0 ммоль/л введение 5% р-ра глюкозы (100-150 мл/ч), коррекция электролитных расстройств.

*Задача 2.*

1. Сахарный диабет 2 типа, некомпенсированный.

2. Диабетическая полинейропатия.

3. Длительная некомпенсация углеводного обмена

4. При гипергликемии увеличивается концентрация глюкозы внутри нерва, из нее метаболизируется сорбитол, который приводит к отеку аксонов. Микроангиопатия vasanervorumведет к гипоксии аксонов. Гипергликемия сопровождается гликолизированием мембран нервных клеток.

5. Диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, диабетическая

стопа.

*Задача 3.*

1.Сахарный диабет 1 тип, впервые выявленный, кетоацидотическаяпрекома.

2. Молодой возраст, острое начало, выраженные проявления диабетического синдрома, кетоацидоз, явления дегидратации

3. Несвоевременной диагностикой сахарного диабета, развитием кетоацидоза.

4. С острой хирургической патологией.

5. Регидратация, инсулинотерапия, после уточнения содержания электролитов крови – коррекция электролитного баланса, после уточнения РН крови – решение вопроса о введении соды, наблюдение хирурга с целью исключения острой хирургической патологии. Симптоматическая терапия.

**Тема 2.** Врожденные и наследственные эндокринопатии. Нервно-мышечные синдромы при эндокринных заболеваниях. Неврологические проявления при феохромоцитоме. Роль эндокринопатий в развитии демиелинизирующих заболеваний нервной системы.

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** *устный опрос, защита рефератов, тестирование, решение ситуационных задач.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Классификация врожденных и наследственных нейроэндокринопатий .

2. Нервно-мышечные синдромы и эндокринные заболеваниях. Синдром Ангельмана. Клиника, диагностика.

3. Синдром Клайнфельтера. Распространенность Клиника, диагностика, принципы лечения.

4. Синдром Якобса (47ХУУ). Клиника, диагностика, принципы лечения.

5. Синдром Шерешевского –Тернера, Распространенность синдрома, мозаицизм.

6.Неврологические синдромы при феохромоцитоме. Критерии отбора пациентов для хирургического лечения. Операции , наиболее часто используемые для лечения феохромоцитомы.

7.Первичный альдостеронизм.Клинические проявления. Критерии диагностики.Лечение.

8.Врожденная дисфункция коры надпочечников.Диагностика и лечение.

7.Эндокринная патология и демиелинизирующие заболевания.

***Темы для рефератов:***

1. Алгоритмы диагностики наследственных нейроэндокринопатий.

2. Синдром Конна. Современные подходы к лечению заболевания.

3. Дифференциальная диагностика эпилептического припадка, гипогликемического криза, истерического невроза.

***Типовые тестовые задания:***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно:

а) высокий рост

б) специфический запах мочи

в) крыловидные складки на коже

г) депигментация кожи

д) сандалевидная щель

 2. Наиболее характерными клиническими признаками первичного альдостеронизма (синдром Конна) являются

 а) симптоматическая артериальная гипертензия

 б) мышечная слабость

 в) приступы локальной и генерализованной тетании

 г) приступы пароксизмальной миоплегии

 д) все перечисленные

е) верно а) и г)

3. Секреция альдостерона при первичном альдостеронизме{

 а)значительно увеличена

 б)незначительно увеличена

 в)умеренно снижена

 г)значительно снижена

 д)не изменена

4. Секреция ренина при первичном альдостеронизме

 а)значительно уменьшена

 б)незначительно уменьшена

 в)не изменена

 г)незначительно увеличена

 д)значительно увеличена

5. Для первичного альдостеронизма в отличие от вторичного альдостеронизма не характерно

 а) наличие аденомы коры надпочечников

 б) отсутствие отеков

 в) наличие отеков

 г) артериальная гипертензия

 д) гипокалиемия

6. Для первичного альдостеронизма не характерно

 а) гипокалиемия

 б) гиперкалиемия

 в) гипернатриемии

 г) гипохлоремический алкалоз

 д) гиперкалиурия

7. Клиническим признаком альдостеромы не является

 а) парестезии

 б) брадикардия

 в) стойкая гипертония

 г) тахикардия

 д) мышечная слабость

8. Основной метод лечения альдостеромы

 а) химиотерапия

 б) медикаментозное лечение

 в) односторонняя адреналэктомия

 г) лучевая терапия

 д) двусторонняяя адреналэктомия

9. Кариотип пациентов с синдромом Шерешевского-Тернера:

 а) 45, Х0

 б)46, ХХ

 в)46, ХY

 г) 47, ХХY

 д)47, ХХ , 22+

10.Для врожденной дисфункции коры надпочечников не характерно

 а) гиперплазия обоих надпочечников

 б) постепенное медленное развития вирилизации

 в) повышение содержания в плазме АКТГ

 г) нормальное содержание в плазме АКТГ

 д) повышения уровня 17-ОН-прогестерона в крови

11. Для врожденной дисфункции коры надпочечников не характерно

 а) снижение уровня 21-гидроксилазы

 б) усиление стимуляции коры надпочечников АКТГ с избыточной продукцией

 андрогенов

 в) снижение синтеза кортизола

 г) снижение синтеза альдостерона

 д) нормальный уровень альдостерона крови

12. При врожденной дисфункции коры надпочечников чаще всего имеет место

 а) гиперплазия обоих надпочечников

 б) наибольшая гиперплазия сетчатой зоны

 в) интактность или гипоплазия пучковой зоны

 г) интактность, гипо- или гиперплазии клубочковой зоны

 д) надпочечники не изменены

13. Для врожденной дисфункции коры надпочечников у девочек не характерно

 а) оволосение по мужскому типу

 б )гипертрофия клитора

 в) гипоплазия молочных желез

 г) нормальные размеры матки

 д) гипоплазия матки

14. Для врожденной дисфункции коры надпочечников не характерно

 а) увеличения в крови уровня АКТГ

 б) снижения в крови уровня АКТГ

 в) повышение уровня тестостерона крови

 г) повышение уровня 17-ОН-прогестерона

 д) повышение уровня дегидроэпиандростерона

15. При классической форме врожденной дисфункции коры надпочечников гиперпродукция андрогенов начинается

 а) с 9-10 недели внутриутробного развития

 б) с 20-22 недели внутриутробного развития

 в) с 30-32 недели внутриутробного развития

 г) в постпубертатном периоде

 д) в пубертатном периоде

16. Для феохромоцитомы не характерно

 а) постоянное стойкое повышение АД

 б) нормальные значения АД

 в) внезапное резкое повышение АД на фоне нормальных значений, кризовое т течение заболевания

 г) развитие кризов на фоне постоянно высокого АД

17. Для феохромоцитомы не характерно

 а) лейкоцитоз и повышения в крови уровня глюкозы

 б) увеличение содержания в крови и моче адреналина

 в) увеличение содержания в крови и моче норадреналина

 г) увеличения в моче метаболитов катехоламинов (ванилилминдальная кислота, метанефрин)

 д) снижение содержания в крови ренина

18. Для кризового течения феохромоцитомы не характерно

 а) внезапное начало и окончание

 б) хороший гипотензивный эффект при использовании à-адреноблокаторов

 в) хороший гипотензивный эффект при использовании бета-блокаторов

 г) обильная полиурия по окончании криза

 д) выраженные вегетативные и нервно-психические проявления

19.Основной метод лечения феохромоцитомы

 а) химиотерапия

 б) медикаментозное лечение

 в) односторонняя адреналэктомия

 г) лучевая терапия

 д) двусторонняяя адреналэктомия

20. Характерным для синдрома Якобса( 47ХХУ) является

а)высокий рост

б)синостоз лучелоктевого соединения

в)мышечная слабость

г)умственная отсталость

д) все перечисленное

21. Тяжёлыми и опасными осложнениями при синдроме Клайнфельтера можно назвать:

 а)бесплодие

 б)азооспермию

 в) остеопороз

 г) мышечная слабость

 д) сахарный диабет (чаще всего — 2-го типа)

 е) очень высокий риск аутоиммунных заболеваний

 ж)все перечисленное

***Типовые ситуационные задачи:***

*Задача1.*

К генетику обратилась мать 15-летнего мальчика с жалобами на задержку полового развития сына. Из анамнеза известно, что ребёнок от 1 беременности, срочных родов. Раннее развитие – без особенностей, прививки – по возрасту. С 6 лет отмечались некоторые особенности в поведении (аутистические черты). В настоящее время учится в 9 классе общеобразовательной школы, успевает на 3, 4. По характеру замкнутый, друзей не имеет. Объективно: рост – 176 см, масса 82 кг, евнухоидное телосложение, отложение жира по «женскому типу», высокая талия, гинекомастия, скудное оволосение на лобке, в подмышечных впадинах, отсутствуют волосы над верхней губой. Голос высокий. Пальпаторно определяется некоторая гипоплазия яичек. Семейный анамнез без особенностей, есть здоровый сибс 5 лет.

1. Предположительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования можно назначить для уточнения диагноза?

3. Какими генетическими методами необходимо подтвердить диагноз?

4. Каков прогноз репродукции для пробанда?

5. Каков риск по данной патологии для потомства здорового сибса?

*Задача2.*

К детскому гинекологу-эндокринологу направлена девочка 16 лет с жалобами на отставание в половом развитии, аменорею. При осмотре: рост 138 см, правильного телосложения, нормального питания, широкая грудная клетка, короткая шея, лимфатический отек правой кисти, отсутствуют вторичные половые признаки (молочные железы не развиты, пушковые волосы в подмышечных впадинах и на лобке). Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу, матка гипоплазирована, яичники – в виде соединительнотканных тяжей.

1. Предположительный диагноз.

2. Какие лабораторные исследования необходимо провести девочке?

3. Какие генетические методы подтвердят диагноз?

4. Репродуктивный прогноз для пробанда?

5. Какие виды коррекции можно порекомендовать в данном случае?

*Задача 3.*

Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающейся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.

При амбулаторном осмотре: АД – 120/80 мм рт. ст. ЧСС – 78 в мин. За последние 6 мес. отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.

При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД – 220/130 мм рт. ст. ЧСС – 180 в мин. Температура тела – 37,8˚С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в/в, лазикс в/в) эффекта не дала. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты – 10 х 10 /л, лимфоциты – 16%, эозинофилы – 6%. Сахар крови натощак – 7,2 ммоль/л, К – 6,2 ммоль/л, Na – 138 ммоль/л. В моче: белок – 0,66%, эритроциты – 6–8–10 в поле зрения, сахар – 0,5%. На ЭКГ – синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторировании АД – 120/80–126/75 мм рт. ст.

1. Установите предварительный диагноз.

2. Наметьте план дополнительного обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

***Эталоны ответов на типовые ситуационные задачи***

*Задача 1.*

1. Синдром Клайнфельтера.

2. Необходимо провести исследование гормонального статуса, сделать спермограмму.

3. Необходимо цитогенетическое обследование пробанду.

4. Прогноз репродукции неблагоприятный, больные бесплодны.

 5. У здорового сибса с нормальным кариотипом прогноз потомства благоприятный.

*Задача 2.*

1. Синдром Шерешевского-Тернера.

2. Исследование гормонального статуса, R-грамма области турецкого седла, R-грамма кистей рук (определение костного возраста).

3. Для подтверждения диагноза необходимо цитогенетическое обследование.

4. Репродуктивный прогноз неблагоприятный, больные бесплодны.

5. Можно порекомендовать по возможности гормональную коррекцию – помочь девочке подрасти, частично сформировать вторичные половые признаки.

*Задача 3.*

1. Диагноз: Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.

2. Диагностика:

а) УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, мочевого пузыря

б) Рентгенотомография почек и надпочечников

в) Исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты

г) Проба с тропафеном при кризовой форме

3. Дифференциальная диагностика с нейроциркуляторной дистонией, гипертонической болезнью, другими симптоматическими гипертензиями.

**Тема 3. Н**еврологические синдромы при заболеваниях гипофиза (акромегалии,гипофизарном нанизме, гипопитуитаризме, гиперпролактинемии, синдроме неадекватной секреции АДГ) и щитовидной железы (тиреотоксикозе, гипотиреозе),диагностика,осложнения лечение.

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос, защита реферата, решение ситуационных задач, тестирование*.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Классификация нейроэндокринных синдромов при заболеваниях гипофиза

2. Болезнь Иценко-Кушинга . Клиника, диагностика, лечение.

3. Нарушения роста. Акромегалия. Клиника, диагностика лечение

4. Гипофизарный нанизм. Клиника, диагностика лечение.

5 Адипозогенитальная дистрофия Бабинского — Фрелиха

6. Гиперпролактинемия. Клиника, диагностика лечение.

7. Гипопитуитаризм. Клиника, диагностика лечение

8. Преждевременное половое созревание. Вопросы диагностики .

9. Современная фармакотерапия редких нейроэндокринных синдромов.

10.Неврологические синдромы при заболеваниях щитовидной железы.

***Темы для рефератов:***

1. Особенности неврологического осмотра и формулировка диагноза в нейроэндокринологии.

2. Социальная и неврологическая реабилитация больных с нарушениями роста.

3. Особенности гормональной терапии при заболеваниях гипофиза.

4. Современные методы коррекции когнитивных нарушений при гипотиреозе.

***Типовые тестовые задания***

1.Соматотропный гормона (гормон роста) синтезируется в:
а) гипофизе;
б) щитовидной железе
в) надпочечниках;
г) паращитовидных железах.

2. К гормонам аденогипофиза относятся:
а) вазопрессин, окситоцин;
б) тиреотропин, кортикотропин;
в) адреналин, норадреналин;
г) инсулин, глюкагон.

3. К гормонам, накапливающихся в нейрогипофизе, относятся:
а) вазопрессин, окситоцин;
б) тиреотропин, кортикотропин;
в) адреналин, норадреналин;
г) инсулин, глюкагон.

4. Гипоталамус выделяет следующие вещества:
а) инсулин, глюкагон;
б) тироксин, паратгормон;
в) катехоламины;
г) либерины, статины.

5.Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза

характерны для аденом гипофиза следующего гистологического типа

 а) эозинофильных

 б) базофильных

 в) хромофобных

 г) для всех перечисленных типов в одинаковой степени

6. Для офтальмологической стадии

 супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны

 а) гомонимная гемианопсия

 б) биназальная гемианопсия

 в) битемпоральная гемианопсия

 г) все перечисленное

7. К развитию акромегалии приводят аденомы гипофиза

 а) эозинофильные

 б) базофильные

 в) хромофобные

 г) любого гистологического типа из перечисленных

8. Признаки акромегалии при аденоме гипофиза можно уменьшить

 а) бромидом натрия

 б) бромкриптином

 в) бромкамфорой

 г) любым из перечисленных препаратов

 д) ни одним из перечисленных препаратов

9. Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают

 а) в аденоме гипофиза

 б) в краниофарингиоме

 в)в арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла

 г) в глиоме зрительного нерва

10. Поражение центральной (надсегментарной) вегетативной нервной системы

 проявляется следующими синдромами

 а) рефлекторной симпатической дистрофией

 б) нейроэндокриннометаболическими расстройствами

 в) психовегетативным синдромом

 г) астеноневротическим синдромом

 д) верно б) и в)

 е) всеми перечисленными

11. Наличие функциональных неврологических (псевдоневрологических) симптомов

 наиболее характерно

 а) для гипервентиляционных приступов

 б) для вегетативных кризов

 в) для парциальных сложных припадков

 г) для демонстративных припадков

 д) для гипогликемических приступов

 е) для феохромоцитомы

12. Признаками синдрома неадекватной (повышенной) секреции АДГ являются

 а) гипернатриемия

 б) гипонатриемия

 в) гипоосмолярность крови

 г) гиперосмолярность крови

 д) верно а) и г)

 е) верно б) и в)

13. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома

 в возрасте 10-25 лет являются

 а) неврозы

 б) травмы

 в) опухоли

 г) менингиты

 д) энцефалиты

 е) церебральные кровоизлияния

14. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома

 в возрасте 25-50 лет являются

 а) церебральные кровоизлияния

 б) травмы

 в) опухоли

 г) воспалительные заболевания ЦНС

 д) энцефалопатия Гайе - Вернике

 е) ничего из перечисленного

15. Критерием диагностики гипоталамического синдрома является наличие

 а) нейроэндокринных расстройств

 б) нейрометаболических расстройств

 в) нейромышечных расстройств

 г) мотивационно-поведенческих расстройств

 д) верно а), б) и г)

 е) всего перечисленного

16. Отличительными признаками церебрального ожирения

 от идиопатического (экзогенно-конституционального) ожирения являются

 а) андроидный характер распределения жировой ткани

 б) гиноидный характер распределения жировой ткани

 в) нарушения менструального цикла и гипогонадизм

 г) гиперфагическая реакция на стресс

 д) все перечисленные

 е) ничего из перечисленного

17. Наиболее частой причиной одностороннего феномена Рейно является

 а) синдром верхней апертуры грудной клетки

 б) синдром запястного канала

 в) шейная радикулопатия

 г) спондилогенная цервикальная миелопатия

 д) синдром подключичного обкрадывания

18. Патогномоничным признаком гипоталамического синдрома являются

 а) вегетативные кризы

 б) нарушения терморегуляции

 в) мотивационно-поведенческие расстройства

 г) нарушения активации на ЭЭГ

 д) полигландулярная недостаточность

 **е**) все перечисленное неверно

19.При тиреотоксическом кризе не наблюдается

 а) подъем температуры

 б) повышение артериального давления, тахикардия

 в) жажда

 г) делирий

 д)судорожные подергивания

***Типовые ситуационные задачи***

*Задача 1.*

Больная 16 лет жалуется на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–2 месяцев), избыточный вес тела. В анамнезе перенесенная черепно-мозговая травма.

При осмотре — рост 168 см; вес –80 кг; ИМТ=28; ОТ/ОБ=0,92; распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области живота; плечевого пояса. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число — 16 баллов (по шкале Ферримана—Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии на животе. АД = 135/90 мм рт. ст.

При проведении лабораторных исследований:

гликемия натощак 5,9 ммоль/л;

после теста с 75 гр. глюкозы — 8,1ммоль/л через 2 часа в венозной крови;

малая дексаметазоновая проба — 591 нмоль/л (120–400) (исход) и 202 нмоль/л (результат).

При проведении УЗИ органов малого таза (22 день м.ц.) — тело матки 44х26х36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо-4 мм. Длина шейки матки — 25 мм. Правый яичник 41х30х28 с фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–-7 в поле зрения. Левый яичник — 34х20х22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

1.Какой предположительный диагноз у пациентки?

 2. Перечислите косвенные признаки гиперандрогении у больной:

 3. Перечислите составляющие клинического диагноза у пациентки

 4. План обследования больной

*Задача 2.*

Пациент 35 лет, в течение 3-х лет отмечает изменение черт лица, ощущение большого языка, увеличение размеров перчаток и обуви. Появились головные боли распирающего характера, периодически повышается артериальное давление до 15090, гипотензивная терапия мало эффективна. На КТ головного мозга - турецкое седло расширено, гипофиз увеличен в размерах, диафрагма смещена к верху незначительно.

1)Предварительный диагноз

2)Заключение по КТ головного мозга

3)Необходимое дообследование

4)Ожидаемые результаты

5)Тактика

*Задача 3.*

Больная 49 лет, жалуется на постоянную головную боль, на высоте которой возникает тошнота и рвота, выраженную жажду (в сутки выпивает 8 – 10 литров воды), обильное частое мочеиспускание.Считает себя больной в течение года. Объективно: рост 162 см; масса тела 58кг. В объективном статусе отклонений нет. При исследовании полей зрения выявлено их сужение, на глазном дне – начальные явления атрофии зрительного нерва. Рентгенография черепа: усиление сосудистого рисунка, размеры турецкого седла 16х14 мм, спинка и стенка истончены, клиновидные отростки выпрямлены.

1. О каком заболевании следует думать в первую очередь?

2. Оценить результаты рентгенографии черепа.

3. Какое исследование следует провести для уточнения диагноза?

4. Какова тактика лечения?

5. Какой прогноз для жизни?

***Эталоны ответов на ситуационные задачи***

*Задача 1.*

1. Синдром Кушинга , синдром поликистозных яичников

2. Увеличение объема яичников, гирсутизм

3. Синдром поликистозных яичников, гирсутизм II степени, нарушение толерантности к глюкозе

 4. В план обследования больной необходимо включить:

а) ЛГ, ФСГ и пролактин

б) Глюкозотолерантный тест

в) Тестостерон и 17-гидроксипрогестерон

*Задача 2.*

1. Аденома гипофиза (соматотропинома). Акромегалия, прогрессирующая стадия.

2.Аденома гипофиза.

3.Поля зрения на цветные метки, Глазное дно, Аудиограмма, Анализ мочи по Зимницкому, СТГ, полактин в крови.

4.Сужение полей зрения (возможно не симметричное), либо норма; Изменения, характерные для внутричерепной гипертензии; Снижение слуха или норма; Снижение относительной плотности мочи или норма; СТГ повышен; Пролактин повышен или норма.

5Лучевая терапия протоновым пучком при микроаденоме, хирургическое вмешательство при макроаденоме, при стабильной аденоме без роста - возможна выжидательная тактика.

*Задача 3.*

1. Несахарный диабет, центральная форма.

2. Наличие аденомы гипофиза

3. Для уточнения следует провести МРТ гипофиза.

4. С учетом наличия макроаденомы и симптомов сдавления зрительного нерва показано оперативное лечение.

5. При удачном оперативном лечении-благоприятный

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

**3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Нейроэндокринология» проводится в форме недифференцированного зачета по зачетным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Итоговая оценка («зачтено», «не зачтено») по результатам промежуточной аттестации складывается из результатов оценки устного опроса и выполнения практических заданий по решению ситуационных задач:

«ЗАЧТЕНО» - выставляется при положительной оценке («отлично», «хорошо», «удовлетворительно») по итогам устного опроса и решению ситуационных задач.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - выставляется при отрицательной («неудовлетворительно») оценке по итогам устного опроса и/или по решению ситуационных задач.

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

***Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине***

|  |
| --- |
|  1.Поражение нервной системы при заболеваниях эндокринной системы, основные задачи нейроэндокринологии |
| 2. Неврологические синдромы при сахарном диабете 3.Патофизиологические аспекты диабетической полинейропатии. 4.Синдромы поражения центральной нервной системы при сахарном диабете, патогенез, клиника, лечение. |
| 5. Неврологические синдромы при инсулиноме |
| 6. Неврологические синдромы при заболеваниях гипофиза (акромегалии, болезни Иценко-Кушинга, гипопитуитаризме, синдроме неадекватной секреции АДГ) |
| 7. Неврологические синдромы при заболеваниях щитовидной железы (тиреотоксикозе, гипотиреозе).Диагностика, протоколы оказания мед. помощи. |
| 8. Неврологические синдромы при заболеваниях паращитовидных желез (гипер- и гипопаратиреозе) |
| 9. Неврологические синдромы при заболеваниях надпочечников (аддисоновой болезни, синдроме Иценко-Кушинга, гиперальдостеронизме, феохромоцитоме). Диагностика, протоколы оказания мед. помощи. |
| 10. Неврологические синдромы при заболеваниях половых желез. |

|  |
| --- |
| 11.Нейроэндокринно-обменные синдромы.Классификация |
| 12. Болезнь Иценко-Кушинга |
| 13. Акромегалия.Диагностика , лечение |
| 14. Гиперпролактинемия .Диагностика , лечение |
| 15. Гипоталамический гипогонадизм .Диагностика , лечение |
| 16. Гипопитуитаризм .Диагностика ,лечение. |
| 17. Преждевременное половое созревание. |
| 18. Несахарный диабет. Диагностика , лечение. |
| 19. Синдром неадекватной секреции АДГ Диагностика , лечение. |
| 20. Синдром "пустого" турецкого седла Диагностика , лечение. |
| 21. Церебральное ожирение.Клиника. Диагностика , лечение. |
| 22. Липодистрофии, локальные и генерализованные формы |
| 23. Синдром Морганьи-Стюарта-Мореля |
| 24. Нервная булимия |
| 25. Нервная анорексия |
| 26. Лечение нейроэндокринно-обменных синдромов  |

***Типовые ситуационные задачи для проверки***

***сформированных умений и навыков:***

***Задача 1***.

Пациентка Ш., 55 лет, поступила в эндокринологическое отделение. При поступлении предъявляла жалобы на стреляющие и ноющие боли в стопах и голенях, жжение  и покалывание в стопах, усиливающиеся в ночное время, а также периодически отмечала судороги в икрах по ночам.

В анамнезе: страдает сахарным диабетом в течение 6 лет, приведенные выше жалобы отмечает в течение 5 лет. Принимает сиофор 100 мг\*2 р/сут и глемаз 4 мг по ¼ таблетки\*2 р/сут. За полгода предшествовавшие госпитализации стала отмечать усиление болей, жжения и покалывания. Ранее получала пентоксифиллин и витамины группы В (мильгамма) парентерально – уменьшения болевого синдрома не отмечала. Гликемия за месяц до госпитализации 5,5-8,0 ммоль/л. Сопутствующие заболевания – гипертоническая болезнь, хронический панкреатит.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение – активное. Телосложение – гиперстеническое. Рост – 152 см, вес – 91 кг. Температура тела - 36,5ºС. Кожа и слизистые оболочки обычной окраски. Умеренный гиперкератоз ногтей. Подкожная клетчатка развита избыточно. Лимфатические узлы не увеличены. В лёгких: перкуторно легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс: 79 уд. в мин, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД=140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез не нарушены.

Неврологический статус:

ВНД: В сознании, ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Контактна. Речь не нарушена. Менингеальных симптомов нет.

ЧМН: без особенностей

Двигательная сфера: Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Мышечный  тонус D=S, не изменен. Рефлексы – с рук D=S, снижены; брюшные - отсутствуют; коленные D=S - снижены, ахилловы - отсутствуют; подошвенные - снижены. Патологические рефлексы: не наблюдаются. Координаторные пробы (пальце-носовую, пальце-указательную, пяточно-коленную)  выполняет с незначительной интенцией. В пробе Ромберга – легкое пошатывание.

Чувствительность: Тактильная гипестезия стоп по типу носков. Температурная гипестезия дистальных отделов нижних конечностей до уровня коленных суставов. Температурная анестезия пальцев стоп. Болевая гипестезия дистальных отделов нижних конечностей до уровня коленных суставов. Расстройство вибрационной чувствительности нижних конечностей с 2-х сторон (большой палец с 2-х сторон – 5 ЕД, медиальная лодыжка – 5 ЕД по шкале градуированного камертона). Мышечно-суставное чувство в норме. Симптом Ласега – отрицательный с 2-х сторон.

Вегетативная нервная система: Кожные покровы обычной окраски, умеренный гиперкератоз ногтей. Дермографизм смешанный.

Болевой синдром на момент госпитализации: в целом болевой синдром оценивался в 6 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), по отдельным характеристикам стимулонезависимой боли: жжение по ВАШ – 7 баллов, стреляющие боли по ВАШ – 8 баллов, ноющие боли по ВАШ – 8 баллов, покалывание по ВАШ – 6 баллов, судороги по ВАШ – 2 балла. Стимулозависимых болей у пациентки не отмечалось.

Оценка субъективных проявлений полинейропатии по шкале TSS (Total Symptoms Score) составила 13,32 баллов.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,17\*1012 /л, гемоглобин – 133 г/л, лейкоциты - 7,6\*109 /л, нейтрофилы – 43,9 %, лимфоциты – 46,2 %, моноциты – 7,9%, эозинофилы – 1,3%, базофилы – 0,7%, тромбоциты – 234\*109 /л.

Биохимический анализ крови: белок – 72,6 г/л, билирубин – 8,8 мкмоль/л, креатинин – 81,0 мкмоль/л, холестерин – 5,77 ммоль/л, АСТ – 12,3 Ед/л, АЛТ – 21,3 Ед/л, глюкоза – 8,63 ммоль/л.

HbA1c  – 7,3 %.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС=68, PQ=0,15, QRS=0,08, отклонение ЭОС влево, изменения миокарда.
Была проведена электронейромиография (ЭНМГ). Выявлена сенсомоторная аксональная полинейропатия. Использовалась повышенная сила тока (до 100 мА по большеберцовому нерву и 60 мА по малоберцовому нерву) и повышенная длительность импульса (до 500 мкс). Амплитуда М-ответа малоберцового нерва в дистальной точке стимуляции составила справа – 2,0 мВ, слева – 2,0 мВ (норма 3-5 мВ). Амплитуда М-ответа большеберцового нерва в дистальной точке стимуляции составила справа – 5,17 мВ, слева – 5,35 мВ (норма 3-10 мВ, однако, М-ответы получены при высокой силе тока и длительности стимула, что говорит о патологии). Скорости проведения и латентности М-ответа были в пределах нормы. При этом S-ответ икроножного нерва отсутствовал с двух сторон.

Задания:

1. Какой синдром выступает у данной пациентки на первый план?

2.Поставьте диагноз.

3.Назначьте лечение

 ***Задача2***.

 Больная 16 лет жалуется на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–2 месяцев), избыточный вес тела. В анамнезе перенесенная черепно-мозговая травма.

При осмотре — рост 168 см; вес –80 кг; ИМТ=28; ОТ/ОБ=0,92; распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области живота; плечевого пояса. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число — 16 баллов (по шкале Ферримана—Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии на животе. АД = 135/90 мм рт. ст.При проведении лабораторных исследований:гликемия натощак 5,9 ммоль/л;после теста с 75 гр. глюкозы — 8,1ммоль/л через 2 часа в венозной крови;малая дексаметазоновая проба — 591 нмоль/л (120–400) (исход) и 202 нмоль/л (результат).

При проведении УЗИ органов малого таза (22 день м.ц.) — тело матки 44х26х36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо-4 мм. Длина шейки матки — 25 мм. Правый яичник 41х30х28 с фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–-7 в поле зрения. Левый яичник — 34х20х22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

Задания:

1. Какой предположительный диагноз у пациентки?

2. Перечислите косвенные признаки гиперандрогении у больной:

3. Перечислите составляющие клинического диагноза у пациентки?

4. В план обследования больной необходимо включить:

 ***Задача3***.

Больная 38 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на периодические подъемы артериального давления до 190/90 мм. рт. ст., сопровождающиеся выраженным беспокойством, потливостью, сердцебиением, чувством комка в горле, паникой. Приступ заканчивался обильным мочеиспусканием светлой мочой, после чего больная засыпала. Приступы возникали внезапно, без каких-либо провоцирующих факторов, на протяжении последних полугода 4 раза. Семейный анамнез не отягощен. На протяжении последних 3 лет не предпринималось никаких оперативных и других вмешательств. Менструации регулярные, последняя беременность и роды 6 лет назад. Сама больная связывает появление приступов с нервозной обстановкой в семье и на новой работе. В период между приступами никаких жалоб не предъявляет, артериальное давление 110/70 мм. рт. ст. При общем и биохимическом анализе крови, включавшем исследование уровня электролитов, все показатели в пределах нормы.

Задания:

1. Предположительный диагноз?

2. Какие препараты предпочтительно использовать для купирования гипертонического криза, возникающего при этом заболевании?

3. Какие необходимо провести исследования, чтобы исключить феохромоцитому?

4. Какое диагностическое значение имеют анамнестические указания на недавно проводившиеся оперативные или другие (экстракция зуба, медицинский аборт, полостную операцию) вмешательства?

 ***Задача 4***.

Пациентка 43 лет была направлена на консультацию эндокринолога из клиники общей терапии. Из анамнеза: полгода назад при диспасерном обследовании в поликлинике у пациентки было обнаружено повышение СОЭ до 35 мм/час. Каких-либо других изменений выявлено не было. С предварительным диагнозом «Синдром повышенной СОЭ неясного генеза» пациентка направлена на обследование в клинику общей терапии. В результате обследования, которое подразумевало расширенный онкопоиск, каких-либо изменений выявлено не было. При КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства было выявлено округлое образование в левом надпочечнике диаметром 1,8 см. Какие-либо другие изменения обнаружены не были. Спустя месяц СОЭ спонтанно нормализовалась. Пациентка никогда не страдала артериальной гипертензией и ожирением. Менструации регулярные, последняя беременность 6 лет назад.

 Задания

1. Сформулируйте предварительный диагноз:

2. Какие эндокринные заболевания необходимо исключить у пациентки?

3. Какие исследования позволят это сделать?

4. Какова будет Ваша тактика в случае, если проведенные исследования исключат гормональную активность образования надпочечника?

 ***Задача5***.

Пациент 36 лет поступил в клинику с жалобами на повышение артериального давления (макс. до 190/110 мм рт. ст.), чувством сдавления за грудиной во время физических нагрузок. Больной является курильщиком, питается нефизиологично (повышенное употребление в пищу продуктов с высоким содержанием животных жиров, избыточная калорийность пищи), злоупотребляет алкоголем. При поступлении рост 173 см, вес 81 кг, ИМТ = 27, ОТ/ОБ=1,23. При параклинических исследованиях выявлено увеличение левого желудочка, нормальная сократительная функция сердца. Печень увеличена за счет обеих долей, портальная вена не увеличена.В биохимическом анализе крови выявлена гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, снижение содержания ЛПВП. Наследственный анамнез больного отягощен по сахарному диабету 2 типа. Исследована гликемия натощак — 5,9 ммоль/л (венозная кровь). При проведении теста толерантности к углеводам (венозная кровь) — натощак 5,7 ммоль/л, через 2 часа — 8,8 ммоль/л. Уровень с-пептида натощак в 1, 5 раза выше нормы.

 Задания:

1. Предположительный диагноз:

2. Выбрать правильное утверждение в отношении ИМТ:

3. Чему соответствует индекс массы тела у данного пациента?

4. Факторы риска развития метаболического синдрома?

5. Назовите принципы диетотерапии?

***Эталоны ответов на типовые ситуационные задачи:***

**Задача 1.**

1.Синдром полинейропатиии, о чем свидетельствую характерные жалобы, а также то, что пациентка в течение длительного времени страдает СД II типа.

2. Дистальная симметричная диабетическая полинейропатия, сенсомоторная форма с выраженным болевым синдромом

3. В связи с отсутствием эфффекта от проводимого ранее лечения, больной показано применение препаратов липоевой кислоты (тиоктацид , октолипен) 1800 мг в сутки в течение 2-х недель, затем по 600 мг в сутки – длительно (до 6 месяцев).

**Задача 2.**

1.Синдром Кушинга .Синдром поликистозных яичников.

2. Увеличение объема яичников. Гирсутизм.

3.Синдром поликистозных яичников. Гирсутизм II степени. Нарушение толерантности к глюкозе.

4. ЛГ, ФСГ и пролактин,глюкозотолерантный тест,тестостерон и 17-гидроксипрогестерон.

**Задача 3.**

 1.Гипертоническая болезнь, кризовое течение.

 2. Короткого действия блокаторы АПФ, Са-каналов

3. Исследование суточной экскреции адреналина, норадреналина и ВМК

4. Анамнестические данные не имеют значения

**Задача 4.**

1. Инсиденталома)

2. Синдром Кушинга

3. Экскреция ВМК, метанефринов, адреналина и норадреналина.

4. Повторное обследование (КТ надпочечников) через год

**Задача 5.**

1. Метаболический синдром.

2. Рассчитывается по формуле: вес(кг)/рост(м)2

3. Избыточной массе тела

4.Сахарный диабет 2 типа у родственников, висцеральное ожирение,курение

Больному должна быть назначена гипокалорийная диета, гипотензивная терапия

5.Пожизненное лечение. Поэтапное снижение массы тела

**Образец зачётного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической медицины

направление подготовки (специальность) *31.08.42 Неврология*

дисциплина «Нейроэндокринология»

**ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Синдромы поражения центральной нервной системы при сахарном диабете, патогенез, клиника, лечение. Дифференциальная диагностика.

2.Гипофизарный нанизм.Этиология ,патогенез. Диагностика. Современные подходы к лечению

**II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Выполнение практического задания - решение ситуационной задачи:

Больная 16 лет жалуется на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1–2 месяцев), избыточный вес тела. В анамнезе перенесенная черепно-мозговая травма.

При осмотре — рост 168 см; вес –80 кг; ИМТ=28; ОТ/ОБ=0,92; распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу в области живота; плечевого пояса. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле, гирсутное число — 16 баллов (по шкале Ферримана—Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии на животе. АД = 135/90 мм рт. ст.При проведении лабораторных исследований:гликемия натощак 5,9 ммоль/л;после теста с 75 гр. глюкозы — 8,1ммоль/л через 2 часа в венозной крови;малая дексаметазоновая проба — 591 нмоль/л (120–400) (исход) и 202 нмоль/л (результат).

При проведении УЗИ органов малого таза (22 день м.ц.) — тело матки 44х26х36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо-4 мм. Длина шейки матки — 25 мм. Правый яичник 41х30х28 с фолликулами до 4–5 мм в диаметре, количеством 5–-7 в поле зрения. Левый яичник — 34х20х22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое.

Задания:

1. Какой предположительный диагноз у пациентки?

2. Перечислите косвенные признаки гиперандрогении у больной:

3. Перечислите составляющие клинического диагноза у пациентки?

4. В план обследования больной необходимо включить:

Заведующий кафедрой

клинической медицины (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на (зачете) промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знатьклассификацию основных неврологических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, методы их диагностики и диагностические критерии. | вопросы № 1-6, 8-11, 15-19, 22-25  |
| Уметьопределять патологические изменения при использовании диагностических методов исследования | практические задания: 1-5 |
| Владетьметодами оценки патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. | практические задания: 1-5 |
| 2 | ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи | Знатьметоды лечения и алгоритмы ведения пациентов на основе клинических рекомендаций (протоколов ведения), порядков и стандартов медицинской помощи при неврологических заболеваниях | вопросы № 1, 2,3,8-10, 12-26. |
| Уметьопределять методы лечения и тактику ведения на основе установленной патологии. | практические задания: 3-5 |
| Владетьметодами оценки эффективности лечебных мероприятий | практические задания: 3-5 |