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

врач общей практики

31.08.54

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.08.54 Врач общей практики*,

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:**

**УК-1**: готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу;

**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 неврологической медицинской помощи

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

**Модуль I. Цереброваскулярные заболевания.**

**Тема 1.**Цереброваскулярная заболевания. Классификация цереброваскулярных заболеваний. Хроническая ишемия мозга.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1. Анатомия кровоснабжения головного мозга. Варианты строения виллизиева круга, их клиническое значение.

2.Патофизиология нарушений мозгового кровообращения. Значение патологии экстракортикальных магистральных сосудов. Роль спазма сосудов мозга в развитии сосудистой мозговой недостаточности.

3.Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Этиология и патогенез. 4. Причины острых нарушений мозгового кровообращения в различные возрастные периоды - аневризмы сосудов мозга, заболевания крови, коллагенозы, инфекции. 5.Симптомы поражения внутренней сонной , передней, средней, задней, позвоночной артерий.

6.Переходящие нарушения мозгового кровообращения - общие и регионарные. Клинические проявления.

7.Хроническая ишемия мозга и дисциркуляторная энцефалопатия. Стандарты и порядки оказания медицинской помощи.

***Типовые ситуационные задачи:***

1. Женщина 30 лет, предъявляет жалобы на приступообразные головные боли пульсирующего характера, чаще справа. Считает себя больной в течение 10 лет. Приступу цефалгии предшествуют зрительные нарушения в виде выпадения левых полей зрения. Зрительные нарушения длятся 10-15 мин., затем возникает головная боль. Приступ продолжается от 3-4 часов до 2 суток и сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Физическая нагрузка во время приступа резко усиливает боль. Приступ цефалгии провоцируется эмоциональным напряжением, длительным нахождением в душном помещении, иногда менструальным циклом. Частота приступов 1–2 в месяц. Аналогичные головные боли у матери и бабушки больной. При неврологическом исследовании нарушений не выявлено.

А. Клинический диагноз?

Б. Лечение в период приступов головной боли?

В. Профилактика приступов головной боли?

2. Женщина 50 лет предъявляет жалобы на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают «сдавливание головы обручем». Дебют заболевания больная связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем 5 лет назад). В начале заболевания головные боли возникали 2-3 раза в неделю; в течение последних месяцев они стали постоянными. Физическая нагрузка на характер головной боли не влияет. Семейный анамнез не отягощен. При обследовании отмечается болезненность при пальпации перикраниальных мышц и мышц шеи, симптомов поражения нервной системы не выявлено.

А. Клинический диагноз?

Б. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования?

В. Лечение?

3. Мужчина 40 лет жалуется на периодически возникающие стереотипные приступы интенсивной боли в области правого глаза в течение 10 лет. Боли чаще возникают ночью. Приступ сопровождается слезотечением, покраснением конъюнктивы, ринорреей. Длительность приступа 10-40 минут, количество таких приступов может доходить до 6-8 в сутки. Длительность обострения – около месяца, ремиссии – около года. При неврологическом обследовании на стороне головной боли отмечаются сужение глазной щели, сужение зрачка и отек век, другой патологии со стороны нервной системы не выявлено.

А. Клинический диагноз?

Б. Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования?

В. Лечение?

***Темы для рефератов***:

1. Механизмы хронической сосудисто-мозговой недостаточности. Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения.

2.Хроническая ишемия мозга или дисциркуляторная энцефалопатия.

3. Болезнь Бинсвангера.

4. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях.

***Типовые тестовые задания:***

1. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является

1) альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга

2) альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)

3**) альтернирующий оптикопирамидный синдром**

4) сенсорная афазия

5) все перечисленное

2. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отдела отличает наличие

1) классических альтернирующих синдромов

2) глазодвигательных расстройств

3) двигательных и чувствительных нарушений

**4) "пятнистости" поражения ствола по длиннику**

5) вестибуломозжечковых нарушений

3. К симптомам, не характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится

1) нарушение психики

2) преобладание пареза в руке

3) хватательный рефлекс

**4) моторная афазия**

5) апраксия левой руки

4. Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие

**1) апраксии левой руки**

2) левосторонней гемианопсии

3) левосторонней гемиплегии

4) анозогнозии

5. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

**1) гомонимной гемианопсии**

2) битемпоральной гемианопсии

3) биназальной гемианопсии

4) концентрического сужения полей зрения

6. Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медуллярный синдром)

возникает при закупорке

1) коротких циркулярных артерий моста

2) длинных циркулярных артерий моста

3) парамедианных артерий моста

4) нижней передней артерии мозжечка

**5) нижней задней артерии мозжечка**

7. К структурам эфферентной нервной регуляции мозгового кровообращения

не относятся рецепторы

**1) синокаротидной зоны**

2) магистральных и мозговых сосудов

3) вазомоторных центров ствола

4) симпатических узлов на шее

5) гипоталамуса

8. Главной функцией миогенного механизма регуляции мозгового кровообращения является обеспечение постоянства

1) притока крови по артериям мозга

2) кровотока в системе микроциркуляции

3) оттока по интракраниальным венам

**4) верно 1) и 2)**

5) верно 2) и 3)

9. Не участвуют в гуморальном механизме регуляции мозгового кровообращения

1) катехоламины

2) пептиды

**3) липопротеины**

4) простагландины

10. Симпатикотоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется

1) дистальным акроцианозом

2) потливостью

**3) тахикардией**

4) снижением температуры тела

5) диареей

11. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе

играют роль все перечисленные факторы, кроме

1) стеноза магистральных сосудов на шее

2) снижения перфузионного давления

3) снижения эластичности эритроцитов

**4) снижения активности свертывающей системы**

12. Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются

1) при узелковом периартериите Куссмауля - Мейера

2) при неспецифическом аорто-артериите (болезни Такаясу)

**3) при височном артериите Хортона - Магата - Брауна**

4) при облитерирующем тромбангиите Винивартера - Бюргера

5) при гранулематозном ангиите Вегенера

13. При шейной дорсопатии чаще поражается артерия

1) основная

**2) позвоночная**

3) внутренняя сонная

4) наружная сонная

5) затылочная

14. Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние

1) тонуса и реактивности сосудов

2) реологических свойств крови

3) свертывающей-противосвертывающей системы

**4) архитектоники артериального круга мозга**

5) системной и центральной гемодинамики

15. Диагноз начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга устанавливают, если имеются

1) церебральные жалобы, возникающие 1 раз в месяц на протяжении 1 года

**2) церебральные жалобы, возникающие чаще 1 раза в неделю на протяжении последних 3 месяцев**

3) нестойкая рассеянная церебральная микросимптоматика

4) стойкая рассеянная церебральная микросимптоматика

5) стойкая очаговая церебральная симптоматика

16. Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга обычно появляются

1) в утренние часы

2) в вечерние часы

3) после физической нагрузки

**4) после эмоционального стресса**

5) при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при цереброваскулярных заболеваниях, хронической ишемии головного мозга:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при цереброваскулярных заболеваниях, хронической ишемии головного мозга:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 2 .**Ишемический инсульт.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1.Тромботические и нетромботические ишемические инсульты. Основные факторы риска, ведущие к тромбообразованию.

2.Особенности клиники в зависимости от локализации тромбоза артерий и вен головного мозга.

3.Особенности клинических проявлений при эмболии в сосуды головного мозга.

4. Подтипы ишемического инсульта.

5. Стандарты и протоколы ведения больных с ишемическим инсультом.

6.Гемодинамический ишемический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

7.Дифференциальная диагностика геморрагических и ишемических инсультов.

8. Приемы исследования неврологических функций, двигательной, чувствительной сферы у больных с нарушением сознания.

9.Возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике острых нарушений мозгового кровообращения.

10.Принципы лечения, диспансеризация и реабилитации острых нарушений мозгового кровообращения.

11.Показания и противопоказания к инвазивным методам лечения ишемического инсульта.

***Типовые ситуационные задачи:***

1.Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, рефлекс Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?
5. Чем может быть вызвано изменение пульсации сонных артерий?
6. Дополнительные методы обследования?
7. Лечение?
8. Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с двоением и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока наружу минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.
9. Неврологические синдромы?
10. Топический диагноз?
11. Предварительный клинический диагноз?
12. Как объяснить эпизод головокружения и двоения месяц назад?
13. Дополнительные методы обследования?

6) Лечение?

1. Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с внезапно развившейся слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет периодически отмечаются повышения артериального давления до 180/110 мм рт. ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/115 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.
2. Неврологические синдромы?
3. Топический диагноз?
4. Предварительный клинический диагноз?
5. Дополнительные методы обследования?

5) Лечение?

1. Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с онемением в правых конечностях, возникшим рано утром, при пробуждении. В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией, обычный уровень артериального давления в последний год – 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление - 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парезов нет, ослаблена болевая и температурная чувствительность на левой половине лица, туловища и в левых конечностях, рефлексы не изменены, патологических рефлексов нет. Компьютерная томография головы не выявила изменений в головном мозге.
2. Неврологический синдром и топический диагноз?
3. Клинический диагноз?
4. Предполагаемый патогенез заболевания?
5. Лечение?

***Темы для рефератов:***

1.Эмболический инсульт в левой средней мозговой артерии.

2. Ишемические стволовые инсульты.

3. Ишемический инсульт в наружной сонной артерии.

4. Подтипы ишемического инсульта. Принципы терапии.

***Типовые тестовые задания:***

1. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиоцеребральный синдром) является

а) повышение вязкости крови

б) повышение активности свертывающей системы

в) ухудшение реологических свойств крови

**г) снижение системного перфузионного давления**

д) повышение агрегации форменных элементов крови

2. Подключичный синдром обкрадывания возникает при закупорке

а) безымянной артерии

б) проксимального отдела подключичной артерии

в) дистального отдела подключичной артерии

г) всего перечисленного

**д) верно а) и б)**

3. Стволовая симптоматика при подключичном синдроме обкрадывания появляется или усиливается

а) при глубоком вдохе

б) при повороте головы в сторону поражения

в**) при упражнениях рукой на стороне поражения**

г) при всех перечисленных действиях

д) ни при одном из перечисленных действий

4. Для фармакотерапии преходящих нарушений мозгового кровообращения на почве спазма мозговых артерий предпочтительнее назначить

а) -адренергические блокаторы

б) -адренергические блокаторы

в) антагонисты кальция

г) препараты ксантинового ряда (эуфиллин, трентал)

**д) верно а) и в)**

е) верно б) и г)

5. Решающее влияние на прогноз преходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает

а) адекватный уровень артериального давления

б) состояние вязкости и текучести крови

в) состояние свертывающей системы крови

**г) сохранная проходимость приводящих артерий**

д) продолжительность эпизодов преходящей ишемии

6. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит

а) снижение артериального давления и замедление кровотока

б) повышение вязкости и агрегации

в) повышение коагуляционной активности крови

**г) повышение фибринолитической активности крови**

7. С помощью магнитно-резонансной томографии очаг ишемического инсульта головного мозга выявляется от начала заболевания

а) через 1 ч

**б) через 3 ч**

в) через 6 ч

г) к концу первых суток

8. К развитию нетромботического ишемического инсульта не приводит

а) спазм сосудов

б) мозговая сосудистая недостаточность

в) артерио-артериальная микроэмболия

**г) кардиогенная эмболия**

9. Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта после введения вазодилататоров наступает в результате

а) нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге

б) спазма сосудов пораженного участка мозга

в) спазма сосудов неповрежденных отделов мозга

**г) "расширения здоровых" сосудов неповрежденного отдела мозга**

д) раскрытия артерио-венозных анастомозов

10. Обкрадывание здорового участка в пользу ишемического очага после введения вазотонических средств происходит в результате

**а) сужения здоровых сосудов неповрежденных отделов мозга**

б) сужения сосудов пораженного участка мозга

в) расширения сосудов пораженного участка мозга

г) восстановления ауторегуляции мозгового кровообращения

д) восстановления реактивности сосудов в очаге ишемии

11. Для I-й стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания не характерно наличие

**а) гипокоагуляции**

б) гиперкоагуляции

в) внутрисосудистой агрегации форменных элементов

г) блокады микроциркуляции

12. Для тромбоза мозговых сосудов наиболее характерно

а) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак

б) наличие симптомов-предвестников

в**) постепенное формирование очаговой симптоматики**

г) малая выраженность общемозговой симптоматики

д) отсутствие смещения М-эха

13. Для эмболии мозговых артерий характерно все перечисленное, кроме

а) внезапного развития очаговой симптоматики

**б) отека соска зрительного нерва на стороне эмболии**

в) наличия общемозговой симптоматики

г) наличия мерцательной аритмии

14. Тромбоз основной артерии проявляется

а) преимущественным поражением варолиева моста

б) корковой слепотой

в) вегетативно-висцеральными кризами

г) верно а) и б)

**д) всем перечисленным**

15. Поражение нервной системы при узелковом периартериите проявляется

а) множественными мононейропатиями

б) миелопатией

в) субарахноидальными кровоизлияниями

г) паренхиматозными кровоизлияниями

д) верно а) и б)

**е) всем перечисленным**

16. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются

**а) выраженность общемозговой симптоматики**

б) гиповолемия

в) гиперкоагулопатия

г) все перечисленные

17. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте не применяются с целью улучшения

а) церебральной гемодинамики

**б) водно-электролитного баланса**

в) реологического состояния крови

г) метаболизма мозга

18. Показанием к гиперволемической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие

а) анурии

б) сердечной недостаточности

в) артериального давления ниже 120/60 мм рт. ст.

г) артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.

**д) гематокрита 42%**

19. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае

а) молодого возраста больного

**б) продолжительности закупорки менее 6 ч**

в) отсутствия анурии

г) геморрагического синдрома

д) артериального давления ниже 200/100 мм рт. ст.

20. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии

**а) ревматизма**

б) артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.

в) заболеваний печени

г) язвенной болезни желудка

д) тромбоцитопатии

21. Критерием эффективной гемодилюции в острой стадии ишемического инсульта считают снижение гематокрита до уровня

а) 45-49%

б) 39-44%

**в) 35-38%**

г) 30-34%

д) 25-29%

22. Наиболее эффективным в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является

а) хлористый кальций и викасол

б) эпсилонаминокапроновая кислота

в) гепарин с антитромбином

г) гепарин с замороженной плазмой

д) верно а) и б)

**е) верно в) и г)**

23. Интенсивная терапия при ишемическом инсульте не применяется для лечения и коррекции

а) метаболического ацидоза

б) гиперпротромбинемии

**в) гиперпротеинемии**

г) отека мозга

д) водно-электролитного дисбаланса

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при цереброваскулярных заболеваниях, ишемическом инсульте:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при цереброваскулярных заболеваниях, ишемическом инсульте:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 3.**Геморрагический инсульт.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1.Геморрагический инсульт: факторы риска, этиология, патогенез, клинические проявления паренхиматозной, паренхиматозно-субарахноидальной, вентрикулярной геморрагий. Стандарты лечения больных.

2. Клиника кровоизлияний в мозжечок и в ствол мозга. Стандарты лечения больных.

3. Принципы терапии внутримозговых и субарахноидальных геморрагий.

4. Методы диагностики геморрагического инсульта.

5. Современные методы диспасеризации и реабилитации больных после перенесенного геморрагического инсульта.

6.Показания и противопоказания для хирургических методов лечения геморрагических инсультов.

***Типовые тестовые задания:***

1. Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли при уборке квартиры. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь». При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больной ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

1.Неврологические синдромы?

2. Предполагаемое место поражения?

3. Предварительный клинический диагноз?

4.Как объяснить ухудшение состояния больной?

5.Наиболее информативное дополнительное исследование?

6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

2. Женщина 45 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью, тошнотой и повторными рвотами, которые возникли днём после физической нагрузки. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный, светобоязнь, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет.

1.Неврологический синдром?

2.Предварительный клинический диагноз?

3.Дополнительные исследования?

4. Лечение, если диагноз подтвердится?

3. Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с головной болью, онемением и неловкостью в левых конечностях, которые возникли вечером после приёма алкоголя. В течение более 20 лет страдает артериальной гипертензией, обычные значения артериального давления в последний год - 160-180/90-100 мм рт.ст, регулярного лечения артериальной гипертензии не проводит. При обследовании: спутанное состояние сознания, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 95 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, утрачены все виды чувствительности в левых конечностях, сила в них достаточная, но движения неловкие, при пальценосовой и пяточноколенной пробах наблюдается промахивание при закрывании глаз, сухожильные рефлексы оживлены, и симптом Бабинского выявляется слева.

1. Неврологические синдромы?

2.Предполагаемое место поражения?

3. Предварительный клинический диагноз?

4.Наиболее информативное дополнительное исследование?

5. Лечение, если диагноз подтвердится?

4.Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли на фоне употребления алкоголя. В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией, обычные значения артериального давления в последний год - 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 100 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, при высовывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больного ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как расценить ухудшение состояния больного?
5. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

***Темы для рефератов:***

1. Лечение отека мозга при геморрагическом инсульте.

2.Виды хирургического лечения геморрагического инсульта. Показания и противопоказания. Эффективность лечения.

***Типовые тестовые задания:***

1. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется

1) только в белом веществе

**2) только в сером веществе**

3) только в подкорковых узлах

4) возможна любая локализация

2. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (эпсилонаминокапроновой кислоты и др.) не показано, поскольку

1) высок риск повышения артериального давления

2) возможно значительное повышение внутричерепного давления

**3) кровоизлияние уже завершилось**

4) возможно усиление менингеального синдрома

5) возможно усиление цефалгического синдрома

3. Для гипертонического кровоизлияния в мозг не характерно наличие

1) сдавления и разрушения вещества мозга излившейся кровью

2) вазопареза в области кровоизлияния

3) смещения ствола головного мозга

**4) закупорки артерий основания мозга**

5) отека вещества мозга

4. Гиперосмолярный синдром специфичен

1) для тромботического инфаркта

2) для геморрагического инфаркта

3) для кровоизлияния в мозг

4) верно 2) и в)

5**) ни для чего из перечисленного**

5. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является

1) утрата сознания

**2) кровянистый ликвор**

3) смещение срединного эхо-сигнала

4) контралатеральный гемипарез

5) все перечисленное

6. При кровоизлиянии в ствол мозга не является обязательным

1) поражение черепно-мозговых нервов

**2) менингеальный синдром**

3) зрачковые расстройства

4) двусторонние пирамидные симптомы

7. При кровоизлиянии в мозжечок обязательным является наличие

1) утраты сознания, гемипареза

**2) динамической атаксии**

3) глазодвигательных расстройств

4) верно 1) и 2)

5) верно 2) и 3)

8. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания характерен

1) для тромботического инфаркта

2) для нетромботического инфаркта

3) для геморрагического инфаркта

**4) для кровоизлияния в мозг**

5) ни для чего из перечисленного

9. Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт. ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать

1) мочевину

2) стероиды

**3) маннитол**

4) лазикс

10. Папаверин в острейшей стадии гипертонического кровоизлияния в мозг не следует назначать

1) при утрате сознания и менингеальном синдроме

2) при застое на глазном дне и реографических признаках гипотонии церебральных сосудов

3) при артериальном давлении выше 200/100 мм рт. ст.

4) верно 1) и 2)

**5) верно 2) и 3)**

11. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг не следует применять

**1) препараты ксантинового ряда**

2) -адреноблокаторы

3) аналептики

4) препараты раувольфии

5) ганглиоблокаторы

12. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар

больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является

1) утрата сознания

2) рвота

**3) психомоторное возбуждение**

4) инфаркт миокарда

д) отек легкого

13. Аневризма артерий мозга диаметром 3 мм может быть диагностирована с помощью

**1) ангиографии**

2) реоэнцефалографии

3) ультразвуковой допплерографии

4) компьютерной томографии

5) радиоизотопной сцинтиграфии

14. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают

1) альфа-токоферол и рутин

2) фибринолизин и калликреин-депо

3) эпсилонаминокапроновую кислоту

**4) гепарин и замороженную плазму**

5) все перечисленное

**Тема 4.**Субарахноидальное кровоизлияние.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1.Этиология и патогенез первичного и вторичного субарахноидального кровоизлияния.

2. Клиника субарахноидального кровоизлияния. Шкала оценки тяжести состояния больного Ханта-Хейса.

3.Дифференциальный диагноз субарахноидального кровоизлияния.

4.Методы диагностики субарахноидального кровоизлияния.

5.Профилактика и лечение церебрального ангиоспазма при субарахноидальном кровоизлиянии.

6. Принципы терапии субарахноидального кровоизлияния осложненного ишемическим инсультом. Стандарты и порядки оказания медицинской помощи.

***Типовые ситуационные задачи:***

1.Больной 30 лет доставлен в стационар бригадой СМП с улицы, где был сбит машиной. Объективно: больной в состоянии психомоторного возбуждения, сопротивляется осмотру, пытается встать. В неврологическом статусе: с-м Кернига с 2-х сторон, зрачки S=D, горизонтальный нистагм при отведениях глазных яблок. Парезов, патологических знаков, координаторных расстройств нет. АД 180/90 мм.рт.ст. Пульс 98 уд/мин. Каков предварительный диагноз?

2.Мужчина 75 лет доставлен в больницу в связи с головной болью, головокружением, шаткостью походки и неловкостью в конечностях, которые возникли на фоне физической нагрузки. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: в сознании, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 60 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, горизонтальный и вертикальный нистагм, парезов нет, интенционный тремор в конечностях при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб, мышечная гипотония в конечностях. Через три часа состояние больного постепенно ухудшилось, появились сонливость, нарушение глотания, осиплость голоса, частота сердечных сокращений уменьшилась до 40 в минуту.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как расценить ухудшение состояния больного?
5. Возможные причины (этиология) заболевания?
6. Дополнительные обследования?
7. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

3.Мужчина 48 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью, которая возникла днём при физической работе. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 150/90 мм рт.ст., пульс – 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, парезов и других неврологических нарушений нет. Больной находился на лечении в неврологическом отделении, через 10 дней у больного развилась слабость в левых конечностях до 3-х баллов, появился симптом Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Причина ухудшения состояния на 10-ый день с момента заболевания?
5. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

***Темы для рефератов:***

1.Диагностика и лечение артериальных и артерио-венозных мальформаций.

2. Церебральный ангиоспазм при субарахноидальном кровоизлиянии. Методы диагностики и лечения. Протокол ведения больного с субарахноидальном кровоизлиянии.

***Типовые тестовые задания:***

1. Этиология нетравматического субарахноидального кровоизлияния:

**1) внутричерепная аневризма,**

2) ревматический порок сердца,

3) употребление кокаина,

4) мерцательная аритмия,

5) церебральный атеросклероз.

2. Для субарахноидального кровоизлияния характерно:

1) вестибулярная атаксия,

**2) ригидность шейных мышц,**

3) нарушение сознания,

**4) выраженная головная боль,**

5) синдром Валленберга-Захарченко.

3. КТ головы чаще выявляет субарахноидальное кровоизлияние:

1) в первые сутки,

**2) на 3-й день,**

3) на 7-й день,

4) на 14-й день,

5) на 21-й день.

4. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние:

1) возникает преимущественно в пожилом возрасте,

2) имеет хроническое течение,

3) часто вызвано разрывом внутричерепной аневризмы,

4**) обычно начинается с интенсивной головной боли,**

5) может осложняться ишемическим инсультом.

5. При субарахноидальном кровоизлиянии у больного с выраженным атеросклерозом не следует применять

1) аналгетики

2) антифибринолитики

**3) дегидратационные препараты**

4) спазмолитики

5) антигипертензивные средства

6. Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является

1) утрата сознания

2) зрачковые расстройства

3) нистагм

**4) менингеальный синдром**

5) двусторонние пирамидные патологические знаки

7. При субарахноидальном кровоизлиянии у больного с выраженным атеросклерозом не следует применять

1) аналгетики

2) антифибринолитики

3) дегидратационные препараты

**4) спазмолитики**

5) антигипертензивные средства

8. При консервативном лечении субарахноидального кровоизлияния из аневризмы назначают с первого дня

1) хлористый кальций и викасол

2) фибринолизин и гепарин

3) эпсилонаминокапроновую кислоту

4) верно 1) и 2)

**5) верно 1) и 3)**

9. Для разрыва аневризм конвекситальных артерий мозга обязательны все перечисленные симптомы, кроме

1) утраты сознания

2) головной боли

**3) очаговых неврологических симптомов**

4) менингеального синдрома

10. Для неразорвавшейся аневризмы субклиноидной части внутренней сонной артерии характерно поражение

**1) III-VI пары черепных нервов**

2) VII, VIII пары черепных нервов

3) IX, X пары черепных нервов

4) XI, XII пары черепных нервов

11. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар

больного с субарахноидальным кровоизлиянием является

1) утрата сознания

2) рвота

**3) психомоторное возбуждение**

4) инфаркт миокарда

5) отек легкого

12. Аневризма артерий мозга диаметром 3 мм может быть диагностирована с помощью

**1) ангиографии**

2) реоэнцефалографии

3) ультразвуковой допплерографии

4) компьютерной томографии

5) радиоизотопной сцинтиграфии

13. При неразорвавшейся аневризме основной артерии часто наблюдается синдром

1) верхней глазничной щели

2) наружной стенки кавернозного синуса

3) поражения сильвиевой борозды

4) поражения шпорной борозды

**5) мостомозжечкового угла**

14. У больных с неразорвавшейся конвекситальной артериовенозной аневризмой наблюдают

1) нарушения зрения

2) глазодвигательные расстройства

3) менингеальные симптомы

4) повышение внутричерепного давления

**5) эпилептиформные припадки**

15. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные

**1) ангиографии**

2) реоэнцефалографии

3) ультразвуковой допплерографии

**4) компьютерной томографии**

5) радиоизотопной сцинтиграфии

16. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденситивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии и кровоизлиянии в мозг спустя

1) 1 ч от начала кровоизлияния

2) 3 ч от начала кровоизлияния

3) 6 ч от начала кровоизлияния

**4) 12 ч от начала кровоизлияния**

5) 24 ч от начала кровоизлияния

17. 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.

**Тема 5.**Вегетативная дистония.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1.Синдром вегетативной дистонии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2.Клинические формы вегетативной дистонии и недостаточности.

3.Ортостатическая гипотензия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

4.Периферическая вегетативная недостаточность в кардиоваскулярной системе. Липотимии.

5. Вегетативные пробы и тесты ЧСС и АД в диагностике прогрессирующей вегетативной недостаточности.

6.Психовегетативный синдром. Панические атаки. Соматогенные вегетативные синдромы.

7.Особенности вегетативной дистонии у детей.

8.Нарушение вегетативных функций в дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной системах при патологии центральной нервной системы.

9.Вегетативные пароксизмы: симпато-адреналовые, ваго-инсулярные, смешанные. Принципы терапии.

10.Принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения вегетативных пароксизмов.

***Типовые ситуационные задачи:***

1. У больного отмечается жгучая боль в ладони правой кисти, особенно в I—III пальцах, усиливающаяся при сгибании и разгибании кисти, подъеме рук вверх, а также цианоз, потливость, отечность и гипестезия в дистальных отделах I—III пальцев, боль при давлении и перкуссии ладонной поверхности лучезапястного сустава. Что поражено у больного? Как называется этот синдром?

2. После ранения передней области левого предплечья у больного наблюдается мучительная жгучая боль в руке, иррадиирующая в надплечье и шею. Отмечаются также гипестезия с гиперпатией в области I—III пальцев левой руки по ладонной поверхности и в области тенара (возвышения большого пальца), гиперемий, потливость, повышение температуры (наощупь), истончение кожи в области левой кисти, ломкость ногтей. Боль усиливается при резких звуках, сотрясении тела и уменьшается при охлаждении, особенно водой. Как называется указанный синдром? Какое образование нервной системы поражено?

3. Приступы боли в надчревной области, иррадиирующие влево и вправо вверх, иногда в спину, и сопровождающиеся усилением перистальтики кишок, сердцебиением, чувством страха, повышением, а иногда снижением артериального давления, бледностью или гиперемией кожи, усиленной потливостью, чувством нехватки воздуха. Вне приступов отмечаются лабильный пульс, нервозность, болезненность при пальпации под мечевидным отростком грудины и в верхней трети надчревья по средней линии. Органические заболевания внутренних органов исключены в результате тщательного обследования больного. О каком синдроме можно думать

в данном случае?

4.У больного справа отмечаются сужение глазной щели и зрачка, энофтальм и деколорация радужки глазного яблока, повышение температуры и гиперемия кожи руки и половины лица. Давление в плечевой артерии справа—13,3/8 кПа (100/60 мм рт. ст.), слева— 17,3/10 кПа (130/75 мм рт, ст.), в височных артериях справа—6 кПа (45 мм рт. ст.), слева—8,7 кПа (65 мм рт. ст.). Болезненна пальпация правых сонной, поверхностной височной и плечевой артерий, передней поверхности поперечных отростков шейных позвонков справа. О поражении каких образований следует думать?

***Темы для рефератов:***

1.Периферическая вегетативная недостаточность в кардиоваскулярной системе.

2.Вегетативное обеспечение и реактивность.

3.Панические атаки.

***Типовые тестовые задания:***

1. Наиболее частой причиной ортостатической гипотензии является

**а)передозировка гипотензивных препаратов**

б) диабетическая полиневропатия

в) идиопатическая ортостатическая гипотензия

г) заболевания сердца

д) заболевания крови

е) ничего из перечисленного

2. Поражение вегетативных волокон характерно для следующего варианта периферической нейропатии

а) миелинопатии

б) нейронопатии

**в)аксонопатии**

г) Валлеровского перерождения

д) любого из перечисленного

д) ничего из перечисленного

3. Феномен денервационной гиперчувствительности характерен для поражения

а) преганглионарных симпатических нейронов

б) постганглионарных симпатических нейронов

в) преганглионарных парасимпатических нейронов

г) постганглионарных парасимпатических нейронов

д) верно а) и в)

**е)верно б) и г)**

4. Для выявления феномена гиперчувствительности при денервации зрачка

следует закапать в глаз

а) 1% раствор адреналина

б) 0.1% раствор адреналина

в) 12.5% раствор пилокарпина

г) 1.25% раствор пилокарпина

д) верно а) и в)

**е)верно б) и г)**

5. Феномен ортостатической гипотензии характеризуется снижением артериального давления в вертикальном положении

а) систолического - на 20 мм рт. ст. и более

б) систолического - на 30 мм рт. ст. и более

в) диастолического - на 20 мм рт. ст. и более

г) все перечисленное

**д)верно б) и в)**

6. Для лечения ортостатической гипотензии, обусловленной периферической вегетативной недостаточностью, применяются следующие средства

а) дексаметазон

б) флудрокортизон

в) симпатомиметики

г) -блокаторы

д) верно а) и г)

**е)верно б) и в)**

7. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются

**а)тревожные невротические расстройства**

б) черепно-мозговая травма

в) поражения гипоталамуса

г) пролапс митрального клапана

д) коллагенозы

е) нейроинфекция

8. Периферическая вегетативная недостаточность

наблюдается при следующих вариантах диабетических полинейропатий

а) проксимальной симметричной полинейропатии

б) проксимальной асимметричной полинейропатии

**в)дистальной полинейропатии**

г) множественной мононейропатии

д) все перечисленное

е) ничего из перечисленного

9. Для базисной терапии вегетативных кризов

применяются следующие препараты

а) -блокаторы

б) беллатаминал

в) клоназепам

г) трициклические антидепрессанты

**д) верно в) и г)**

е) все перечисленные

10. Наиболее частой причиной синдрома Горнера является

а) поражение ствола мозга

б) поражение спинного мозга

**в)поражение первого грудного корешка**

г) поражение шейной симпатической цепочки

д) поражение симпатического сплетения внутренней сонной артерии

е) травма глазного яблока

11. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями

а) тревогой ожидания

б) агорафобией

в) ограничительным поведением

**г)всеми перечисленными проявлениями**

д) верно а) и в)

е) верно а) и б)

12. Вегетативные кризы приходится дифференцировать со следующими состояниями

а) височной эпилепсией

б) феохромоцитомой

в) гипогликемией

г) нейрогенной гипервентиляцией

**д)верно а), б) и в)**

е) все перечисленное

13. Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерны

**а)значительное повышение артериального давления**

б) повышенное потоотделение

в) выраженное чувство страха

г) сердцебиение

д) все перечисленное

е) ничего из перечисленного

14. Поражение периферической (сегментарной) вегетативной нервной системы

проявляется следующими синдромами

а) периферической вегетативной недостаточностью

б) ангиотрофалгическими синдромами

в) нейрогенной тетанией

г) кластерной головной болью

**д)верно а) и б)**

е) всеми перечисленными

15. 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

16. 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

17. Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает

а) немедленно

б) через 3 дня

в) через 1-2 недели

**г)через 2-3 недели**

д) через 1 месяц

18. Для синдрома рефлекторной симпатической дистрофии характерны

а) снижение активности симпатической нервной системы

б) снижение активности парасимпатической нервной системы

в) диффузное повышение активности симпатической нервной системы

**г) регионарное повышение активности симпатической нервной системы**

д) верно а) и б)

е) верно в) и г)

19. Для развернутой (дистрофической) стадии рефлекторной симпатической дистрофии характерны

а) побледнение кожных покровов

б) понижение температуры конечности

в) гипергидроз

г) отек конечности

**д) все перечисленное**

е) верно а), б) и г)

20. Наиболее эффективным методом лечения рефлекторной симпатической дистрофии является

а) применение адреноблокаторов

б) кортикостероидная терапия

**в)блокада регионарных симпатических узлов**

г) применение капсаицина

д) иглорефлексотерапия

е) физиотерапия

21. Синдром периферической вегетативной недостаточности не характерен

а) для диабетической полинейропатии

б) для алкогольной полинейропатии

в) для острой перемежающейся порфирии

г) для амилоидной полинейропатии

**д)для герпетической ганглиопатии**

е) для множественной системной атрофии

**Модуль II.** Заболевания периферической нервной системы

**Тема 1.**Периферические заболевания нервной системы

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика поражения периферических нервов рук и ног.
2. Клиника сенсорных, моторных, вегетативных и смешанных нейропатий.
3. ЭНМГ-диагностика аксонопатии и миелинопатии.
4. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение плексопатий. Синдромы лестничных мышц, Эрба, Дежирина, Панкоста, Стейнброккера.
5. Плечевая плексопатия (травматическая, неопластическая, лучевая). Синдромы Даркшевича, Персонейджа-Тернера, верхней апертуры грудной клетки.
6. Синдром поражения спинно-мозгового нерва.
7. Краниальные невропатии. Множественная краниальная невропатия.
8. Острая и хроническая боль при поражении периферической нервной системы. Этиология, патогенез, клинические особенности, принципы лечения.
9. Постгерпетическая невралгия.
10. Клиника, диагностика и лечение хронической компрессии спинно-мозговых корешков конского хвоста.
11. Клиника поражения отдельных спинно-мозговых нервов шейного, грудного, поясничного и крестцового отделов нервной системы.

***Типовые ситуационные задачи:***

1. Периферический тетрапарез (преимущественно дистальных отделов конечностей) с атрофией мышц и арефлексией; боль в конечностях, гипалгезия дистальных. отделов конечностей. При поражении каких образований нервной системы отмечается подобная симптоматика? Обоснуйте свой ответ.
2. Больной при ходьбе высоко поднимает ногу, так как у него отвисает стопа («петушиная походка»). Отмечается гипалгезия кожи в области задненаружной поверхности голени и тыла стопы. Какие структуры повреждены? Нарушаются ли при этом сухожильные рефлексы?
3. Женщина, 35 лет , поступила с жалобами на асимметрию лица, слезотечение из левого глаза, боли в заушной области слева. За день до заболевания длительное время находилась на улице без головного убора при температуре воздуха -5 С. При обследовании определяется асимметрия лица, слева лагофтальм , сглажена левая носогубная складка, опущен левый угол рта. При выполнении мимических проб отмечается слабость всех мимических мышц левой половины лица, положительный симптом Белла слева. Снижена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка слева. Назовите неврологический синдром и локализацию поражения? Поставьте клинический диагноз. Назначьте лечение.

***Темы для рефератов:***

1.Миофасциальный синдром.

2.Боль в культе. Фантомные боли.

3.Рефлекторная симпатическая дистрофия.

***Типовые тестовые задания:***

1. В состав шейного сплетения не входит

а) малый затылочный нерв

**б) подкрыльцовый нерв**

в) диафрагмальный нерв

г) надключичный нерв

д) большой ушной нерв

2. В состав плечевого сплетения не входит

**а) надключичный нерв**

б) подключичный нерв

в) подкрыльцовый нерв

г) локтевой нерв

д) верно а) и в)

3. В состав поясничного сплетения не входит

а) бедренный нерв

б) запирательный нерв

в) наружный кожный нерв бедра

**г) седалищный нерв**

д) бедренно-половой нерв

4. В состав крестцового сплетения входят

а) наружный кожный нерв бедра

б) запирательный нерв

**в) седалищный нерв**

г) все перечисленное

д) верно а) и в)

5. Синдром нижней косой мышцы головы характеризуется

а) кохлеовестибулярными и зрительными расстройствами

б) постоянной болью в области затылка

в) гипалгезией в зоне иннервации большого затылочного нерва

г) верно а) и в)

**д) верно б) и в)**

6. Для синдрома лестничной мышцы характерны

а) усиление боли в предплечье и II, III пальцах кисти

при повороте головы в больную сторону

б) усиление боли в предплечье и IV, V пальцах кисти

при повороте головы в здоровую сторону

в) асимметрия артериального давления и пульса на лучевой артерии

г) диффузный остеопороз кисти

д) верно а) и г)

**е) верно б) и в)**

8. Для синдрома малой грудной мышцы характерны

а) боль по передне-наружной поверхности грудной клетки

с иррадиацией в руку

б) усиление болевого синдрома при закладывании руки за спину

в) снижение артериального давления на плечевой артерии

при повороте головы в здоровую сторону и при глубоком вдохе

г) все перечисленное

**д) верно а) и б)**

9. Для плечелопаточного периартроза характерны

а) остеопороз головки плечевой кости,

увеличение размеров суставной щели плечевого сустава

б) атрофия мягких тканей, окружающих плечевой сустав

в) снижение рефлексов с двуглавой и трехглавой мышц плеча

г) ограничение подвижности плечевого сустава

д) все перечисленное

**е) верно б) и г)**

10. Для периостита наружного надмыщелка плечевой кости (эпикондилеза)

характерны

а) болезненность всех движений в плечевом суставе

**б) болезненность при разгибании и ротации предплечья**

**в локтевом суставе**

в) сужение суставной щели плечевого сустава

г) верно а) и в)

д) все перечисленное

11. Для синдрома "плечо - кисть" характерны

**а) вегетативно-трофические нарушения кисти**

б) асимметрия артериального давления

в) гипотрофия грудино-ключично-сосцевидной мышцы

г) все перечисленное

д) верно б) и в)

12. Для заднего шейного симпатического синдрома характерны

**а) сочетание кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуломозжечковых нарушений с пульсирующей, жгучей односторонней головной болью**

б) сочетание двусторонней затылочной головной боли

с корешковыми чувствительными расстройствами в ульнарной области

в) сочетание жгучих болей в надключичной области

с приступами мышечной слабости в руке

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

13. Синкопальный вертебральный (позвоночный) синдром (Унтерхарншайдта)

характеризуется

а) внезапным падением больного при резкой перемене положения тела

из горизонтального в вертикальное с падением артериального давления

**б) внезапной потерей сознания и мышечного тонуса,**

**связанной с движением головы и шеи**

в) внезапным приступом кохлеовестибулярных, координаторных

и зрительных расстройств, связанным с поворотом головы и шеи

г) всем перечисленным

д) верно а) и в)

14. Для вертеброгенной васкулярной цервикальной миелопатии характерны

а) выраженные расстройства тазовых функций

**б) смешанный верхний парапарез в сочетании со спастическим нижним парезом**

в) грубые атрофии мышц нижних конечностей

г) дизартрия, дисфагия, дисфония

д) все перечисленное

15. Для компрессии корешка С6 характерны

а) болевая гипестезия I пальца кисти

б) снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча

в) снижение карпорадиального рефлекса

г) болевая гипестезия V пальца кисти

**д) верно а) и б)**

е) верно в) и г)

16. Для компрессии корешка С7 характерны

**а) боли и парестезии в области III пальца кисти,**

**выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча**

б) боли и парестезии в области I пальца кисти,

выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча

в) боли в области V пальца кисти, выпадение карпорадиального рефлекса

г) ничего из перечисленного

17. Для васкулярного эпиконусного синдрома характерны

а) отсутствие ахиллова рефлекса

б) отсутствие анального и кремастерного рефлексов

в) нижний вялый парапарез

г) задержка мочи

**д) все перечисленное**

е) верно а), в) и г)

18. Для васкулярного конусного синдрома характерны

а) недержание мочи

б) анестезия в аногенитальной зоне

в) нижний вялый парапарез

г) отсутствие ахилловых рефлексов

д) все перечисленное

**е) верно а) и б)**

19. Для синдрома грушевидной мышцы характерно

а) снижение анального и кремастерного рефлекса

б) усиление боли в голени и стопе при приведении бедра

в) "перемежающаяся хромота" нижней конечности

г) все перечисленное

**д) верно б) и в)**

е) верно а) и в)

20. Клиническая картина компрессии корешков конского хвоста

отличается от компрессии конуса и эпиконуса

а) асимметричностью поражения

б) интенсивным болевым синдромом, усиливающимся в положении лежа

в) нижним вялым парапарезом

г) всем перечисленным

**д) верно а) и б)**

21. Противопоказанием для применения вытяжения

при неврологических проявлениях шейного остеохондроза является

а) нестабильность позвоночного сегмента

б) нарушение спинального кровообращения

в) резко выраженный болевой корешковый синдром

г) вертебрально-базилярная недостаточность

**д) все перечисленное**

е) верно б) и г)

22. Показанием к мануальной терапии

при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника

является наличие

а) спондилеза и спондилолистеза III стадии

**б) болевого синдрома и вегетативно-висцеральных нарушений**

в) остеопороза позвонков

г) всего перечисленного

д) ничего из перечисленного

23. Для синдрома компрессии корешка L4 характерны

а) боль в области коленного сустава, внутренней поверхности бедра

б) слабость четырехглавой мышцы бедра

в) отсутствие коленного рефлекса

**г) верно а) и б)**

д) верно б) и в)

24. Синдром компрессии корешка L5 проявляется

а) болью по внутренней поверхности голени и бедра

**б) слабостью разгибателей I пальца стопы**

в) снижением ахиллова рефлекса

г) верно б) и в)

д) всем перечисленным

25. Синдром компрессии корешка S1 проявляется

а) снижением силы трехглавой мышцы голени

и сгибателей пальцев стопы

б) снижением коленного рефлекса

**в) выпадением ахиллова рефлекса**

г) всем перечисленным

д) верно б) и в)

26. Для нейропатии тройничного нерва характерны

**1) снижение корнеального рефлекса**

2) нарушение вкуса на задней трети языка

3) гипалгезия во внутренней зоне Зельдера

4) гипертрофия жевательной мускулатуры

5) все перечисленное

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при заболеваниях периферической нервной системы:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при заболеваниях периферической нервной системы:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 2.**Дорсопатии.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1. Вертеброгенные поражения периферической нервной системы.
2. Рефлекторные мышечно-тонические, компрессионно-ишемические радикуло-миелопатические синдромы.
3. Миофасциальный и мышечно-тонический болевые синдромы.
4. Комплексный регионарный болевой синдром (рефлекторной симпатической дистрофии).
5. Острая и хроническая боль в спине. Стандарты и порядки оказания медицинской помощи.
6. Этиология, патогенез, клиника, диагностика стеноза позвоночного канала.
7. Классификация дорсопатий.
8. Клиника остеофитоза, спондилолистеза, протрузии и пролапса межпозвонкового диска.
9. Острая и хроническая цервикалгия. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
10. Фасеточный синдром.

***Типовые ситуационные задачи:***

1. Движения конечностей и туловища не нарушены. Боль в области ягодиц и промежности, недержание мочи и кала, зияние наружного сфинктера заднего прохода, атрофия ягодичных мышц, пролежни в области крестца, анестезия в области ягодиц и вокруг заднего прохода. Что поражено?

1. При ходьбе больной цепляется носками за пол, что вынуждает его высоко поднимать ноги. Отмечаются отвисание стоп, атрофия их мышц. Ахилловы рефлексы отсутствуют. Какие структуры поражены?

3.После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева c угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени. Какие структуры поражены?

***Темы для рефератов:***

1.Инвазивное лечение дорсопатий.

2.Нейрохирургическое лечение дорсопатий.

***Типовые тестовые задания:***

1. К клиническим формам вертеброгенного болевого синдрома не относится

**А. Люмбаго**

Б. Люмбалгия

В. Люмбоишалгия

Г. Дорсалгия

Д. Грыжа межпозвонкового диска

1. К клиническим проявлениям вертеброгенного болевого синдрома не относится

А. Симптом Ласега

Б. Ограничение подвижности позвоночника

**В. Отсутствие ахиллова рефлекса**

Г. Защитное напряжение мышц

Д. Симптом Нери

3. К рентгенологическим признакам остеохондроза позвоночника не относится

**А. "Рыбьи" позвонки**

Б. Грыжа Шморля

В. Спондилез и спондилартроз

Г. Обызвествление замыкательных пластинок тел позвонков

Д. Обызвествление круговой связки

4.Симптомом компрессионного корешкового синдрома является

А. Симптом Ласега

**Б. Слабость экстензора I пальца стопы**

В. Сколиоз позвоночника

Г. Симптом Нери

Д. Ограничение подвижности позвоночника

5. Симптомом компрессионного корешково-сосудистого синдрома является

А. Симптом Ласега

Б. Симптом Нери

В. Слабость экстензора I пальца стопы

Г. Выпадение ахиллова рефлекса

**Д. Гипестезия в сакральных сегментах, тазовые нарушения**

6. При грыжах межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне может наблюдаться компрессия артерии

А. Позвоночной

Б. Передней спинальной

В. Адамкевича

**Г. Депрож-Геттерона**

Д. Почечной

7. К симптомам грыжи 4 поясничного межпозвонкового диска не относится

А. Симптом Ласега

Б. Слабость экстензора 1 пальца стопы

В. Гипестезия *в* области 1 пальца стопы

**Г. Выпадение ахиллова рефлекса**

Д. Болезненность при пальпации паравертебральных точек 4 поясничного позвонка

8. К симптомам грыжи 5 поясничного межпозвонкового диска не относится

А. Симптом Ласега

Б. Симптом Нери

В. Выпадение ахиллова рефлекса

Г. Гипестезия по наружной поверхности голени и стопы

**Д. Слабость экстензора 1 пальца стопы**

9. Косвенным признаком грыжи межпозвонкового диска на рентгенограмме позвоночника является

А. Повышение прозрачности тел позвонков

**Б. Сужение соответствующего межпозвонкового промежутка на**

**профильных рентгенограммах**

В. Усиление контуров замыкательных пластинок тел позвонков

Г. Явления спондилоза и спондилартроза

Д. Сколиоз позвоночника

10. Наиболее достоверным методом диагностики грыжи межпозвонкового диска является

**А. Компьютерная томография позвонков**

Б. Рентгенография позвоночника

В. Пневмомиелография

Г. Сакральная эпидурография

Д. Спинальная ангиография

11. Абсолютным показанием к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска является

А. Длительность болевого синдрома

Б. Отсутствие эффекта от консервативной терапии

В. Выпадение ахиллова рефлекса

Г. Парестезии в ноге

**Д. Парез стопы**

12. Для васкулярного конусного синдрома характерны

1) недержание мочи

2) анестезия в аногенитальной зоне

3) нижний вялый парапарез

4) отсутствие ахилловых рефлексов

5) все перечисленное

**6) верно 1) и 2)**

13. Клиническая картина компрессии корешков конского хвоста

отличается от компрессии конуса и эпиконуса

1) асимметричностью поражения

2) интенсивным болевым синдромом, усиливающимся в положении лежа

**3) нижним вялым парапарезом**

4) всем перечисленным

5) верно 1) и 2)

14. Показанием к мануальной терапии при неврологических проявлениях дорсопатии является наличие

1) спондилеза и спондилолистеза III стадии

2) болевого синдрома и вегетативно-висцеральных нарушений

3) остеопороза позвонков

4) всего перечисленного

**5) ничего из перечисленного**

15. Для синдрома компрессии корешка L4 характерны

1) боль в области коленного сустава, внутренней поверхности бедра

2) слабость четырехглавой мышцы бедра

3) отсутствие коленного рефлекса

4) верно 1) и 2)

**5) верно 2) и 3)**

16. Синдром компрессии корешка L5 проявляется

1) болью по внутренней поверхности голени и бедра

**2) слабостью разгибателей I пальца стопы**

3) снижением ахиллова рефлекса

4) верно 2) и 3)

5) всем перечисленным

17. Синдром компрессии корешка S1 проявляется

1) снижением силы трехглавой мышцы голени и сгибателей пальцев стопы

2) снижением коленного рефлекса

**3) выпадением ахиллова рефлекса**

4) всем перечисленным

5) верно 2) и 3)

18. Для сакроилеита характерны

а) симптом Ласега

б) болезненность при сдавлении крыльев подвздошной кости

в) нечеткость контуров

суставных поверхностей крестцово-подвздошного сочленения,

выявляемая при рентгенологическом исследовании

г) верно а) и в)

**д) верно б) и в)**

19. Клиническая картина метастатического поражения позвоночника

отличается от остеохондроза

а) упорным корешковым болевым синдромом

б) билатеральным корешковым синдромом

в) компрессией спинного мозга и корешков

**г) всем перечисленным**

20. Для дорсопатии в молодом возрасте характерны

**а) выраженный болевой корешковый синдром**

б) выраженный остеопороз позвоночника

в) выраженные явления остеохондроза и спондилеза

на рентгенограмме позвоночника

г) все перечисленное

21. В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяют

а) массаж

б) грязелечение

**в) иглорефлексотерапию**

г) аппликации парафина

д) все перечисленное

22. Для спондилоартрита (болезни Бехтерева) характерны

а) остеопороз позвонков

б) сакроилеит

в) кифоз грудного отдела позвоночника

г) деструкция тел позвонков поясничного отдела

д) верно а) и б)

**е) верно б) и в)**

23. В развитии гормональной спондилопатии играет роль

а) недостаточность половых гормонов

б) повышение активности щитовидной железы

в) снижение уровня фосфора и кальция в крови

г) все перечисленное

**д) верно а) и в)**

24. Для гормональной спондилопатии

характерными рентгенологическими признаками являются

а) очаги деструкции в телах позвонков

б) диффузный остеопороз позвонков

в) клиновидные переломы позвонков

г) краевые разрастания концевых пластинок позвонков

д) все перечисленные

**е) верно б) и в)**

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при неврологических проявлениях дорсопатий:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при неврологических проявлениях дорсопатии:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 3.**Туннельные синдромы.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1. Туннельные невропатии. Клиническая картина и диагностика туннельных невропатий отдельных нервов. Синдромы мышечных лож.
2. Синдромы поражения лопаточного, грудного, диафрагмального нервов.
3. Туннельные синдромы верхних конечностей.
4. Туннельные синдромы нижних конечностей.
5. Поражение запирательного и наружного кожного нерва бедра.
6. Принципы диагностики, консервативное лечение и показания к хирургическому лечению.

***Типовые ситуационные задачи:***

1. При ходьбе больной становится правой ногой на пятку, но встать на носок не может. Отмечается атрофия икроножной мышцы, «когтистая» стопа. Отсутствует правый ахиллов рефлекс, нарушена чувствительность кожи в области подошвы правой стопы. Наблюдается боль при пальпации у внутреннего края подколенной ямки. Что повреждено?
2. Атрофия межкостных и червеобразных мышц и мышц в области гипотенара левой кисти. Дистальные фаланги 3-5 пальцев согнуты, проксимальные фаланги разогнуты («когтистая» кисть). Назовите какой нерв поражен.
3. Снижение чувствительности кожи в области V пальца и соответствующего края предплечья и кисти. Что повреждено?

***Темы для рефератов:***

1.Комплексный региональный болевой синдром.

2.Терапия туннельных синдромов.

***Типовые тестовые задания:***

1. Для компрессионной нейропатии локтевого нерва

(синдром ущемления в области локтевого сустава) характерны

а) слабость II, III пальцев кисти

б) атрофия мышц возвышения мизинца

в) боли по ульнарной поверхности кисти

г) все перечисленное

**д) верно б) и в)**

2. Для компрессионной нейропатии срединного нерва

(синдром запястного канала) характерны

а) слабость IV, V пальцев

б) атрофия мышц возвышения большого пальца

в) усиление болей в кисти при ее сгибании

**г) верно б) и в)**

д) верно а) и в)

3. Для синдрома ущемления малоберцового нерва

в области подколенной ямки характерны

а) слабость подошвенных сгибателей стопы

б) гипотрофия перонеальной группы мышц

в) гипалгезия наружной поверхности голени

г) верно а) и б)

**д) верно б) и в)**

4. Для синдрома ущемления большеберцового нерва

(синдром тарзального канала) характерны

а) боль в области подошвы

б) припухлость в области наружной лодыжки

в) парезы сгибателей пальцев стопы

г) верно б) и в)

**д) верно а) и в)**

5. Для невралгической амиотрофии Персонейджа - Тернера характерны

а) дистальный парез руки

б) боль в области надплечья

в) атрофия мышц плеча

г) корешковая гипестезия в зоне С5-С6

д) верно а) и г)

**е) верно б) и в)**

6. Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелинопатий

наиболее информативным исследованием является

а) иммунологическое исследование крови

**б) электромиография**

в) иммунологическое исследование ликвора

г) биопсия мышц

7. Для нейропатии длинного грудного нерва характерны

а) парез дельтовидной мышцы

б) парез грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

**в) парез передней зубчатой мышцы**

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)

8. Для нейропатии подкрыльцового нерва характерны

а) затруднения сгибания руки в локтевом суставе

б) болезненность руки при отведении ее за спину

**в) слабость и атрофия дельтовидной мышцы**

г) слабость и атрофия трапециевидной мышцы

д) верно б) и г)

9. Признаками нейропатии срединного нерва являются

а) слабость IV и V пальцев кисти

б) снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев

**в) слабость I, II пальцев кисти**

г) верно б) и в)

д) верно а) и б)

10. Признаками поражения лучевого нерва являются

а) "когтистая кисть"

б) невозможность разгибания кисти

в) невозможность отведения I пальца

г) все перечисленные

**д) верно б) и в)**

11. Для нейропатии локтевого нерва характерны

а) "свисающая кисть"

б) нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти

**в) невозможность приведения IV, V пальцев**

г) верно а) и в)

д) все перечисленное

12. Для нейропатии бедренного нерва характерны

а) симптом Ласега

**б) слабость четырехглавой мышцы бедра**

в) отсутствие ахиллова рефлекса

г) все перечисленное

д) верно б) и в)

13. Клиническими признаками нейропатии наружного кожного нерва бедра

являются

а) снижение коленного рефлекса

**б) гипестезия по наружной передней поверхности бедра**

в) гипестезия по наружной задней поверхности бедра

г) верно а) и б)

д) верно а) и в)

14. Для нейропатии седалищного нерва характерны

а) симптом Вассермана

**б) выпадение ахиллова рефлекса**

в) выпадение коленного рефлекса

г) все перечисленное

д) верно а) и б)

15. Клиническими признаками поражения малоберцового нерва являются

**а) парез разгибателей стопы**

б) гипестезия по внутренней поверхности голени

в) выпадение ахиллова рефлекса

г) все перечисленные

д) верно а) и б)

16. Для нейропатии большеберцового нерва характерны

а) выпадение ахиллова рефлекса

б) нарушение чувствительности на передней поверхности голени

в) парез сгибателей стопы

г) все перечисленное

**д) верно а) и в)**

17.Участком возможной компрессии срединного нерва является

**а) "плечевой канал"**

б) "спиральный канал"

в) наружная межмышечная перегородка плеча

г) костно-фиброзный канал Гюйона

**Тема 4.**Полинейропатии

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1. Полиневропатии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Наследственные поли- и нейропатии (Шарко-Мари-Туса, со склонностью к параличам, синдром Русси-Леви, сенсорно-вегетативные полинейропатии, болезнь Фабри, порфирийная полинейропатия)
3. Идиопатические воспалительные полинейропатии (синдромы Гийена-Барре, Фишера, хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия, мультифокальная полинейропатия)
4. Полиневропатии при соматических заболеваниях (диабетическая, уремическая, парапротеинемическая, при коллагенозах и васкулитах, паранеопластическая)
5. Токсические полиневропатии (алкогольная, мышьяковая, при отравлении ФОС, свинцовая, изониазидная и др.).

***Типовые ситуационные задачи:***

1. У больного 40 лет через две недели после перенесенного ОРЗ появилось онемение в стопах и слабость в них. Мышечная слабость быстро прогрессировала и распространилась на руки, изменился голос, стало трудно глотать. При обследовании: вялый тетрапарез, отсутствие глубоких рефлексов, гипалгезия по типу «носков» и «перчаток», синдром Ласега. Дисфагия, дисфония. Глоточный рефлекс отсутствует. При каком поражении нервной системы отмечается подобная симптоматика?
2. Гипестезия дистальных отделов конечностей; боль в кистях, предплечьях, стопах и голенях; снижение тонуса и атрофия мышц кистей и стоп. Кожа кистей и стоп сухая, истонченная, ногти ломкие. Отсутствуют рефлексы карпорадиальные, ахилловы, с сухожилий двухглавых мышц плеча. Положителен симптом Ласега с обеих сторон. При каком поражении нервной системы отмечается подобная симптоматика?
3. Во время проведения профессионального осмотра на химическом заводе, один из рабочих пожаловался на ощущение онемения и слабости в стопах, появившиеся несколько месяцев назад, но последнее время усилившиеся. Объективно: выявляется угнетение карпорадиальных и ахилловых рефлексов, гипестезия в дистальных отделах конечностей, дистальный гипергидроз, лабильность ЧСС. При каком поражении нервной системы отмечается подобная симптоматика?

***Темы для рефератов:***

1.Диабетичекая полинейропатия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

2.Полинейропатия при экзогенной интоксикации.

3.Демиелинизирующие полинейропати.

***Типовые тестовые задания:***

1. В основу классификации полинейропатий положен следующий принцип

**а) этиология заболевания**

б) особенность течения заболевания

в) особенность клинической картины

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

2. Фактором, определяющим поражение нервов

при дифтерийной полинейропатии, является

а) инфекционный

**б) токсический**

в) сосудистый

г) метаболический

д) все перечисленные

3. Синдром полинейропатии проявляется

а) слабостью проксимальных отделов конечностей

б) расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей

в) вегетативными нарушениями в кистях и стопах

г) верно а) и б)

**д) верно б) и в)**

4. Для алкогольной полинейропатии характерно

а) преимущественное поражение нижних конечностей

б) преимущественное поражение верхних конечностей

в) боли в голенях и стопах

г) боли в предплечьях и кистях

**д) верно а) и в)**

е) верно б) и г)

5. Лекарственные полинейропатии чаще вызывают

а) цитостатики

б) гипотензивные препараты

в) противотуберкулезные средства

**г)верно а) и в)**

д) верно а) и б)

6. Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие

а) бульбарных расстройств

**б) тазовых расстройств**

в) расстройств глубокой чувствительности

г) нарушения аккомодации

д) сенсорной атаксии

7. Диабетическая полинейропатия развивается в результате

а) поражения сосудов периферических нервов

б) нарушения метаболизма глюкозы

в) токсического повреждения миелина периферических нервов

г) всего перечисленного

**д) верно а) и б)**

8. Для свинцовой полинейропатии характерно наличие

а) преимущественных парезов нижних конечностей

б) преимущественных парезов верхних конечностей

в) болей в конечностях

г) онемения в конечностях

д) всего перечисленного

**е) верно б) и в)**

9. Для мышьяковой полинейропатии характерно наличие

а) преимущественных поражений нервов ног

б) багрово-синюшных полос на голенях

в) белых полос на ногтях

**г) верно а) и в)**

д) верно а) и б)

10. Сопутствующим симптомом полинейропатии при пернициозной анемии

является

а) снижение сывороточного железа в крови

**б) фуникулярный миелоз**

в) гиперацидный гастрит

г) все перечисленное

11. Полинейропатии, связанные с недостаточностью витамина В1, возникают

**а) при хроническом алкоголизме**

б) при порфирии

в) при пеллагре

г) верно а) и б)

д) верно а) и в)

12. Для диабетической полинейропатии не характерно

а) поражение черепных нервов

б) вегетативные расстройства

**в) преимущественное поражение нервов верхних конечностей**

г) нарушение вибрационной чувствительности

13. Полинейропатии при лейкозах возникают в результате

а) эндолюмбального введения преднизолона

б) приема цитостатиков внутрь

в) сдавления нервных стволов специфическими инфильтратами

г) верно а) и б)

**д) верно б) и в)**

14. Для уремической полинейропатии характерно

**а) снижение скорости проведения возбуждения по нервам**

б) поражение черепных нервов

в) преобладание аксональной дегенерации

г) все перечисленное

15. Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются

а) выраженность сенсорной атаксии

б) выраженность болевого синдрома

в) тяжесть вялых параличей конечностей

г) черный цвет кала

**д) красный цвет мочи**

16. Характерными сопутствующими симптомами полинейропатии,

вызванной миеломной болезнью, являются

а) упорные боли в костях

б) клеточно-белковая диссоциация в ликворе

в) патологические переломы костей

г) верно б) и в)

**д) верно а) и в)**

17. Причиной наследственно обусловленной нейропатии может быть

а) амилоидоз

б) порфирия

в) гепато-церебральная дистрофия

г) все перечисленное

**д) верно а) и б)**

18. Для компрессионной нейропатии локтевого нерва

(синдром ущемления в области локтевого сустава) характерны

а) слабость II, III пальцев кисти

б) атрофия мышц возвышения мизинца

в) боли по ульнарной поверхности кисти

г) все перечисленное

**д) верно б) и в)**

19. Для компрессионной нейропатии срединного нерва

(синдром запястного канала) характерны

а) слабость IV, V пальцев

б) атрофия мышц возвышения большого пальца

в) усиление болей в кисти при ее сгибании

**г) верно б) и в)**

д) верно а) и в)

20. Для синдрома ущемления малоберцового нерва

в области подколенной ямки характерны

а) слабость подошвенных сгибателей стопы

б) гипотрофия перонеальной группы мышц

в) гипалгезия наружной поверхности голени

г) верно а) и б)

**д) верно б) и в)**

21. Для синдрома ущемления большеберцового нерва

(синдром тарзального канала) характерны

а) боль в области подошвы

б) припухлость в области наружной лодыжки

в) парезы сгибателей пальцев стопы

г) верно б) и в)

**д) верно а) и в)**

22. Для невралгической амиотрофии Персонейджа - Тернера характерны

а) дистальный парез руки

б) боль в области надплечья

в) атрофия мышц плеча

г) корешковая гипестезия в зоне С5-С6

д) верно а) и г)

**е) верно б) и в)**

23. Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелинопатий

наиболее информативным исследованием является

а) иммунологическое исследование крови

**б) электромиография**

в) иммунологическое исследование ликвора

г) биопсия мышц

24. В остром периоде нейропатий нецелесообразно применять

а) электрофорез новокаина

**б) электростимуляцию**

в) микроволны

г) диадинамические токи

д) все перечисленное

25. Иглорефлексотерапия при полинейропатии Гийена - Барре назначается в период

а) нарастания парезов

б) стабилизации парезов

в) регресса парезов

г) верно все перечисленное

**д) верно б) и в)**

26. Инфекционный полиневрит вызывают

а) дифтерия

б) ботулизм

**в) проказа**

г) все перечисленное

д) верно а) и б)

27. Для полинейропатии Гийена - Барре характерно

**а) поражение черепных нервов**

б) выраженные тазовые расстройства

в) стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика

г) все перечисленное

д) верно б) и в)

28. Для полинейропатии Гийена - Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе

а) с 1-го дня заболевания

б) с 3-го дня заболевания

**в) со 2-й недели заболевания**

г) с 3-й недели заболевания

29. Атипичная форма Фишера острой полинейропатии Гийена - Барре

характеризуется

а) поражением языкоглоточного нерва

б) двусторонним парезом лицевого нерва

в) поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания

**г) поражением глазодвигательных нервов и атаксией**

д) всем перечисленным

30. Для полинейропатий при узелковом периартериите характерно

**а) асимметричность поражения нервных стволов**

б) малая выраженность болевого синдрома

в) поражение черепных нервов

г) верно б) и в)

д) все перечисленное

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при полиневропатиях:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при полиневропатиях:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Модуль III. Соматоневрология.**

**Тема 1.**Печеночная и уремическая энцефалопатии.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1. Печеночная энцефалопатия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Роль ароматических аминокислот в отеке головного мозга и изменении астроглии и нейротрансмиссии при печеночной энцефалопатии.
3. Гипераммониемия при различных вариантах печеночной недостаточности.
4. Врожденная гипераммониемия, наследственные варианты заболевания связанные с дефектным геном орнитинового цикла.
5. Нейропсихологические тесты в диагностике латентной ПЭ. Стадии ПЭ. Принципы лечения ПЭ.
6. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение уремической энцефалопатии.
7. Этиология и патогенез дисметаболических энцефалопатий.

***Типовые ситуационные задачи:***

1. Больного 53 лет беспокоили снижение памяти, быстрая утомляемость, пошатывание при ходьбе и тремор пальцев рук. Соматическом статусе хроническое заболевание мочевыделительной системы. После нескольких сеансов гемодиализа у больного развился «большой» судорожный припадок, который повторился через несколько часов, проведена корректировка электролитов крови, приступы не повторялись.Чем обусловлены генерализованные эпилептические припадки? Какой предположительный диагноз у данного больного?
2. Больная 46 лет бесконтрольно принимала барбитураты, появилась общая слабость, раздражительность, ухудшились память и внимание, трудно стало выполнять профессиональные обязанности, конфликтовала на работе. После обследования был установлен диагноз стеатогепатоз с повышением активности трансаминаз. На МРТ головного мозга изменений не выявлено. Психометрический тест цифровой последовательности показал увеличение времени его выполнения более чем 2 раза. На электроэнцефалограмме зарегистрирована диффузная медленно-волновая активноть. Вызванные потенциалы – увеличился латентный период проведения соматосенсорного импульса.

Поставьте диагноз

Энцефалопатия Вернике

Печеночная энцефалопатия, латентная стадия

Уремическая энцефалопатия

***Темы для рефератов:***

1.Синдром Рейе.

2.Энцефалопатия Вернике

***Типовые тестовые задания:***

1. Особенностью проявлений различных синдромов поражения нервной системы при заболеваниях печени является

а) острое начало и молниеносное течение

б) острое начало со стабильным неврологическим дефицитом в последующие годы

в) постепенное начало заболевания с неуклонно прогредиентным течением

**г) постепенное начало заболевания с ремиттирующим течением неврологических проявлений**

д) острое начало и практическое полное выздоровление без рецидивов

2. Ранними формами неврологических осложнений при заболевании печени являются

а) экстрапирамидные нарушения

б) нарушения психики

**в) неврастенический синдром**

г) полинейропатия

3. При вирусном гепатите наиболее часто наблюдается

**а) энцефалопатия**

б) миелопатия

в) полирадикулонейропатия

г) множественная нейропатия

4. При хроническом гепатоцеребральном синдроме в результате цирроза печени наступает

а) деменция

б) атаксия

в) хореоатетоидный гиперкинез

г) дизартрия

**д) все перечисленное**

е) верно б) и в)

5. Типичным параклиническим признаком портосистемной энцефалопатии

(с портальной гипертензией) является

а) повышение уровня церулоплазмина в крови

б) повышение выведения меди с мочой

**в) повышение концентрации аммиака в крови**

г) понижение концентрации аммиака в крови

д) верно а) и б)

6. При лечении печеночной энцефалопатии с портальной гипертензией

(портосистемная форма) средствами первого выбора являются

а) глюкокортикоидные препараты

б) ограничение введения белка с пищей

в) неадсорбируемые антибиотики

г) экстракорпоральная гемосорбция

д) верно а) и г)

**е) верно б) и в)**

7. Основным причинным фактором развития полинейропатии

при заболеваниях желудочно-кишечного тракта является дефицит

а) белка

б) жиров

в) углеводов

г) витаминов В1 и В12

**д) верно а) и г)**

е) все перечисленное

8. Наиболее частыми проявлениями полинейропатии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта являются

а) двигательные нарушения

б) чувствительные нарушения

в) вегетативно-трофические нарушения

г) все перечисленные

**д) верно б) и в)**

9. Для синдрома фуникулярного миелоза характерно

а) сенситивная атаксия

б) пирамидная недостаточность

в) вялые парезы ног

г) полинейропатия

**д) все перечисленное**

е) все перечисленное, кроме в)

10. Развитие фуникулярного миелоза обусловлено нарушением метаболизма

**а) витамина В12**

б) витамина В1

в) фолиевой кислоты

г) всего перечисленного

11. Наиболее частыми клиническими проявлениями фуникулярного миелоза являются

а) мозжечковая атаксия

б) сенситивная атаксия

в) нижний спастический парапарез

г) нижний вялый парапарез

д) верно а) и г)

**е) верно б) и в)**

12. Наиболее часто при фуникулярном миелозе встречается триада симптомов

**а) парестезии, нарушение глубокой чувствительности, парез нижних конечностей**

б) офтальмоплегия, спастический тонус нижних конечностей,

расстройства функций тазовых органов

в) нарушение глубокой чувствительности, расстройства сфинктеров,

вялый парез нижних конечностей

г) корсаковский синдром, сенсорная и моторная полинейропатия

д) все перечисленное неверно

13. Для заболеваний почек с симптомами хронической почечной недостаточности

наиболее характерны следующие синдромы поражения нервной системы

а) сенсо-моторная полинейропатия

б) хроническая ренальная энцефалопатия

в) уремическая кома

г) острое нарушение мозгового кровообращения

**д) верно а) и б)**

е) верно в) и г)

14. При лечении печеночной энцефалопатии без портальной гипертензии

средствами первого выбора являются

а) неадсорбируемые антибиотики

б) кортикостероидные препараты

в) экстракорпоральная гемосорбция

г) ограничение потребления белка

д) верно а) и г)

**е) верно б) и в)**

15. Для уремической полинейропатии не характерны

а) дистальные сенсорные нарушения

**б) моторные нарушения с выраженными вялыми парезами**

в) сенсо-моторные нарушения

г) преобладание нарушений в нижних конечностях

16. Наибольшая эффективность патогенетического и симптоматического лечения

неврологических осложнений хронической почечной недостаточности

обеспечивается

а) при гемодиализе

б) при пересадке почки

в) при компенсации метаболического ацидоза

г) при непрерывной гипотензивной терапии

**д) верно а) и б)**

е) верно в) и г)

17. При острых заболеваниях бронхов и легких церебральные неврологические

осложнения обусловлены развитием

а) ишемической (дисциркуляторной) гипоксии

**б) гипоксической гипоксии**

в) анемической гипоксии

г) метаболической гипоксии

д) комбинированной гипоксии

18. При хронических заболеваниях бронхов и легких неврологические осложнения обусловлены развитием

а) ишемической (дисциркуляторной) гипоксии

б) гипоксической гипоксии

в) анемической гипоксии

г) метаболической гипоксии

**д) комбинированной гипоксии**

19. При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является

а) полинейропатия

б) миелопатия

в) энцефалопатия

**г) менингит**

д) все перечисленное

20. При хронических заболеваниях бронхов и легких, осложненных эмфиземой, наиболее характерны явления энцефалопатии

а) с преобладанием очаговой симптоматики

б) с преобладанием общемозговой симптоматики

в) с повышением внутричерепного давления и затруднением венозного оттока

г) с преобладанием мозжечковой симптоматики

д) верно а) и г)

**е) верно б) и в)**

21. При острой метаболической энцефалопатии может наблюдаться

а) астериксис

б) тремор

в) миоклонический гиперкинез

**г) все перечисленное**

д) верно б) и в)

22. При пернициозной анемии

а) гематологические и неврологические симптомы проявляются одновременно

б) гематологические симптомы предшествуют неврологическим

в) неврологические симптомы предшествуют гематологическим

**г) все перечисленное**

23. При эритремии неврологические осложнения развиваются вследствие

а) тромбоцитопении с геморрагическими периваскулярными экстравазатами

**б) тромбоза церебральных артерий с ишемическим поражением ЦНС**

в) метаболической аноксии

г) верно а) и б)

д) верно а) и в)

24. При эритремии наиболее частым неврологическим осложнением является

а) полинейропатия

б) дисциркуляторная энцефалопатия

в) субарахноидальное кровоизлияние

г) нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу

д) верно а) и б)

**е) верно б) и г)**

25. Основными причинами, вызывающими поражение нервной системы при лейкозах, являются

а) компрессия нервной ткани лейкемическими инфильтратами

б) анемическая гипоксия

в) дисциркуляторная гипоксия

г) геморрагические экстравазаты

**д) все перечисленные**

26. При острых лейкозах часто встречаются неврологические синдромы в виде

а) полинейропатии

б) невралгии краниальных нервов

в) паренхиматозного кровоизлияния

г) субарахноидального кровоизлияния

д) верно а) и б)

**е) верно в) и г)**

27. Одним из основных клинических проявлений миеломной болезни является болевой синдром в виде

а) артралгии

б) оссалгии

в) радикулалгии

г) миалгии

д) верно а) и г)

**е) верно б) и в)**

28. Патогенез поражений нервной системы при миеломной болезни в основном связан

а) с гиперпарапротеинемией

б) с компрессией мозга и периферических нервов костной тканью

в) с тромбозом сосудов головного и спинного мозга

г) с геморрагическим диатезом

д) со всем перечисленным

**е) верно а) и б)**

29. Поражение нервной системы при лимфогранулематозе происходит в результате

а) нарушения гемоциркуляции

б) компрессии нервов гранулематозной тканью

в) разрастания гранулем в веществе мозга

г) всего перечисленного

**д) верно б) и в)**

30. Наиболее частыми неврологическими осложнениями лимфогранулематоза являются

а) компрессия периферических нервов

б) компрессия черепных нервов

в) субарахноидальное кровоизлияние

г) паренхиматозное кровоизлияние в мозг

**д) верно а) и б)**

е) верно в) и г)

31. Для тиреотоксической миопатии наиболее характерным является

а) поражение верхних конечностей и плечевого пояса

б) поражение нижних конечностей и нижних отделов туловища

в) неуклонное прогрессирование мышечной слабости

г) ремиттирующее течение двигательного дефекта

д) верно а) и в)

**е) верно б) и г)**

32. Двигательные нарушения при гипотиреозе обусловлены

а) миодистрофией

б) миастенией

в) полинейропатией

г) пароксизмальной миоплегией

**д) верно а) и в)**

е) всем перечисленным

33. Фактором патогенеза поражения нервной системы при гипопаратиреозе является

а) гиперкальциемия

**б) гипокальциемия**

в) гипернатриемия

г) гипонатриемия

д) гиперкалиемия

е) гипокалиемия

**Тема 2.**Синкопальные состояния.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1. Классификация, этиопатогенез, клиника синкопальных состояний.
2. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний с истерией, эпилепсией, периферической вегетативной недостаточностью в кардиоваскулярной системе.
3. Синкопальные состояния в кардиологической практике.
4. Неврологические синдромы ассоциированные с пролапсом митрального клапана. Принципы лечения.
5. Общегемодинамические, цереброваскулярные и коагуляционно-реологические нарушения при пролапсе митрального клапана.
6. Виды обморочных и синкопальных состояний при пролапсе митрального клапана.
7. Вегетодистонические расстройства при врожденной дисплазии соединительной ткани Марфана, Элерса-Данлоса. Клиника, диагностика, лечение.
8. Изменения глазосердечного и синокаротидного рефлексов при пролапсе митрального клапана и митральной регургитации.

***Типовые ситуационные задачи:***

1.Родители мальчика 6 лет в течение последнего года стали замечать, что периодически во время игры, еды или разговора ребёнок как бы " застывает" на несколько секунд. В это время его глаза не подвижны, он не говорит, не отвечает на вопросы, а, возвратившись через несколько секунд к обычному состоянию, не помнит о кратковременном нарушении сознания. Такие приступы могут повторяться до нескольких десятков раз в день. Неврологических нарушений не выявлено на момент обследования.

1. Тип припадков? Предположительный клинический диагноз?

2. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?

3. Прогноз и лечение?

2.Больной 25 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на периодически возникающие приступы потери сознания. Со слов родственников с 17 лет начали отмечаться кратковременные (не более нескольких секунд) выключения сознания без падения. Через 2,5-3 года присоединились эпизоды, сопровождающиеся потерей сознания, [судорогами](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Судорога), упусканием мочи, пеной у рта. Приступы возникали без видимых провоцирующих причин с частотой 4 - 6 раз в год. При осмотре в сознании, адекватен, контактен. Общемозговой, [менингеальной](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Менингеальный_синдром), очаговой симптоматики нет. На 5-й день пребывания в клинике развился [генерализованный тонико-клонический припадок](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Эпиприпадок_первично_генерализованный) с прикусом языка, пеной у рта и упусканием мочи. На ЭЭГ регистрируются генерализованные вспышки комплексов [спайк-волна](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Спайк_волна) с частотой 2,5-3 колебания в секунду. При МР-томографии головного мозгпатологических изменений в головном мозге не обнаружено.

Поставьте синдромальный диагноз

Проведите дифференциальный диагноз

Поставьте нозологический диагноз

Выбрать информативные параклинические методы исследования

Назначить лечение

***Темы для рефератов:***

1.Липотимические состояния.

***Типовые тестовые задания:***

1. к неврогенным обморокам относятся

1) психогенные

2) ирритативные

3) дезадаптационные

4) дисциркуляторные

**5) 1,2,3**

6) верно все перечисленное

2. К соматогенным обморокам относятся

1) кардиогенные

2) вазодепрессорные

3) анемические

4) гипогликемические

5) респираторные

**6) верно все перечисленное**

**7)** все не верно

3. К синкопальным состояниям при экстремальных воздействиях относятся

1) гипоксические

2) гиповолемические

3) интоксикационные

4) медикаментозные

5) гипербарические

**6) верно все перечисленное**

**7)** все не верно

4. К полифакторным синкопальным состояниям

1) никтурические

2) кашлевые

3) верно 1

**4) верно 1, 2**

5. Способы и приемы, позволяющие предотвратить развитие потери сознания

1) переход в горизонтальное положение

2) перемена положения головы

3) прием пищи, воды

4) свежий воздух

**5) верно все перечисленное**

6**)** все не верно

6. в пресинкопальном периоде характерны клинические проявления

1) головокружение и его характер

2) головная боль

3) боли или неприятные ощущения в грудной

клетке

4) боль в животе

5) сердцебиение, ощущение «остановки», «замирания»

сердца, перебои

6) чувство нехватки воздуха

7) звон в ушах

8) потемнение перед глазами

9**)** продолжительность пресинкопального периода

**10) верно все перечисленное**

11**)** все не верно

7. Клинические проявления характерные в постсинкопальном периоде

1) скорость и характер возвращения сознания

2) амнезия приступа

3) сонливость

4) головная боль

5) головокружения

6) неприятные ощущения в грудной клетке

7) затруднение дыхания

8) сердцебиение, перебои

9) общая слабость

10) продолжительность постсинкопального периода

**11) верно все перечисленное**

8. При подозрении на кардиогенные обмороки и при синкопальных состояниях неясного генеза нужно провести дополнительные методы исследования

1) рентгенологическое исследование сердца с

контрастированием пищевода

2) фонокардиография

3) эхокардиография

4) мониторирование ЭКГ

5) электрокардиографические пробы с физической нагрузкой

6)электрофизиологическое исследование сердца

**7) верно все перечисленное**

8)все не верно

9. При подозрении на органическую церебральную патологию и при синкопальных состояниях неясного генеза нужно провести дополнительные методы исследования

1) рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника

2) исследование глазного дна и полей зрения

3) электроэнцефалография (ЭЭГ)

4) вызванные потенциалы мозга, мониторное

электроэнцефалографическое исследование

5) эхоэнцефалоскопия и компьютерная томография

6) ультразвуковая допплерография

**7) верно все перечисленное**

8)все не верно

10. Электрокардиографические изменения приводят к синкопальному состоянию

1) бифасцикулярная блокада (комбинация блокады каких-либо ветвей

левой ножки передневерхней и задненижней ветвей левой ножки

пучка Гиса и блокада правой ножки пучка Гиса)

2) другие аномалии атриовентрикулярного проведения (продолжительность QRS 0,12 с и более)

3) атриовентрикулярные блокады (Mобитц I)

4) асимптоматическая синусовая брадикардия (менее 50 в 1 мин)

5) синоатриальная блокада

6) синдромы преэкситации

7) удлинение интервала Q-T

8) блокада правой ножки пучка Гиса с элевацией сегмента ST- в отведениях V1–V3 (синдром Бругада)

9) негативный зубец T в правых грудных отведениях, эпсилон-волна и поздние потенциалы желудочков

10) врожденная аритмогенная дисплазия правого желудочка

11) инфаркт миокардас зубцом Q

**12) верно все перечисленное**

13**)** все не верно

11. Критериями дифференциальной диагностики врожденного синдрома удлинения интервала q-t являются

1) развитие первых синкопе в раннем детском возрасте

2) возникновение их при физических или

психоэмоциональных нагрузках

3) наличие болей в грудной клетке во время некоторых

пароксизмов

4) выявление в семейном анамнезе обмороков, начавшихся

в детском возрасте

5) случаев выкидышей и мертворожденных, а также

внезапной смерти в детском и молодом возрасте

6) изменения на ЭКГ (удлинение интервала Q-T,

изменение зубца T), выявляемые при физической

нагрузке, реже – в состоянии покоя, во время обморока

7) фибрилляция и трепетание желудочков

**8) верно все перечисленное**

9) все не верно

12. Критериями диагностики вазовагальных обмороков являются

1) наличие четких провоцирующих факторов и условий

развития обморока

2) стадийность

3) признаки психовегетативного синдрома в период между

приступами

4) медленноволновая активность на ЭЭГ во время

обморока

**5) верно все перечисленное**

6) верно 1, 2,5

13.  ЭКГ при синдроме Морганьи-Адамса-Стокса

1) асистолия

2) трепетание или мерцание желудочков

3) полная или частичная атриовентрикулярная блокада

**4) верно все перечисленное**

14.  Изменения кардиологического статуса при синдроме Хегглина II

1) укорочение систолы

2) второй тон сердца возникает преждевременно

или сливается с первым

3) верно 1

**4) верно 1 и 2**

15.  Пароксизмальные состояния при синдроме Жервиля- Ланга-Нильсона сочетаются

**1) с врожденной глухонемотой**

2) с врожденной хромотой

3) с врожденным косоглазием

16.  Изменения кардиологического статуса синдром Вольффа-Паркинсона-Уайта

**1)пароксизмальная тахикардия, наступающая вследствие врожденного или приобретенного нарушения внутри-желудочковой проводимости**

2) асистолия

3) трепетание или мерцание желудочков

4) полная или частичная атриовентрикулярная

17.  Причины [дезадаптационные синкопальные состояния](http://needknow.avmoskalenko.ru/Sinkop01/index.htm" \l "top01)

**1) недостаточность эрготропной функции нервной системы**

2) пароксизмальная тахикардия, наступающая вследствие врожденного или приобретенного нарушения внутри желудочковой проводимости

3) асистолия

4) трепетание или мерцание желудочков

5) полная или частичная атриовентрикулярная

18.  Причины синкопального вертебрального синдрома Унтерхарншайдта

1) остеохондроз позвоночника шейного отдела позвоночника

2) деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника

**3) верно 1, 2**

19.  типы обмороков при гиперсенситивности каротидного синуса

1) кардиоингибиторный

2) вазодепрессорный

3) церебральный

**4) верно все перечисленное**

5)все не верно

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при синкопальных состояниях:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи для применения при синкопальных состояниях:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 3.**Неврологические синдромы при заболеваниях внутренних органов

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1. Ведущие неврологические синдромы при сахарном диабете.
2. Неотложные состояния при сахарном диабете.
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение диабетической полиневропатии.
4. Хроническая боль при диабетической полинейропатии: стратегия лечения.
5. Классификация невротических состояний у лиц пожилого возраста.
6. Диабетическая энцефалопатия.
7. Дифференциальный диагноз неврологических расстройств при заболеваниях внутренних органов
8. Неврологические синдромы при системных заболеваниях соединительной ткани (ревмаэнцефалит).

***Типовые ситуационные задачи:***

1.У больного нарушено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп, голеностопных, коленных и тазобедренных суставах, затруднена ходьба, особенно в темноте, отсутствует тактильная чувствительность книзу от пупка.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

3. При каких заболеваниях это может наблюдаться?

2.Больная 10 лет, жалуется на насильственные движения в руках и ногах, гримасничанье. Две недели назад перенесла ангину, отмечались также боли в суставах. Неделю назад родители заметили, что девочка стала постоянно гримасничать, «дергаться», не сидит спокойно ни одной минуты.

Девочка от первой беременности, протекавшей нормально. Роды в срок, закричала сразу, психомоторное развитие по возрасту. В 6-тилетнем возрасте перенесла ревматический эндокардит, с тех пор дважды в год принимает противоревматическое лечение.

Наследственность по заболеваниям нервной системы не отягощена.

При обследовании: в сердце выслушивается систолический шум, остальные внутренние органы без патологии. Неврологический статус: речь прерывистая, нечеткая; беспорядочные подергивания мимических мышц, гримасничанье; высунутый язык находится в постоянном хаотическом движении, сила в руках и ногах удовлетворительная, тонус мышц снижен, сухожильные и надкостничные рефлексы снижены; отмечаются насильственные подергивания туловища и конечностей; гиперкинезы разбросанные, размашистые, аритмичные; походка танцующая, почерк плохой, буквы неровные.

Анализ крови: СОЭ – 24 мм в час, лейкоциты – 8 \* 109 в мкл. Положительная реакция на С-реактивный белок.

Определите диагноз:

1. Энцефалит неясного генеза

2. Хорея Гантингтона

3. Обострение ревмоэнцефалита. Малая хорея

4. Энцефалит Экономо.

3.Женщина 52 лет жалуется на боли, онемение, жжение, ощущение покалывания в стопах. Эти жалобы беспокоят в течение 4-х месяцев. Страдает инсулин-независимым сахарным диабетом, в течение 3-х лет, принимает манинил, уровень сахара в крови натощак в пределах 8–10 ммоль/л. В неврологическом статусе: снижение болевой и температурной чувствительности по типу "носков", гиперпатия в области стоп, отсутствие ахилловых рефлексов, трофические изменения кожи обеих стоп.

Неврологические синдромы? Локализация поражения? Клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их вероятные результаты? Лечение?

4.Женщина 73 лет жалуется на повышенную забывчивость, утомляемость, общую слабость. Считает себя больной в течение последних двух лет, забывчивость носит прогрессирующий характер. Три года назад перенесла операцию на щитовидной железе по поводу тиреотоксической аденомы. Семейный анамнез неврологическими и психическими заболеваниями не отягощен. При обследовании: больная вяла, заторможена, эмоциональный фон снижен, отёчность лица и конечностей, при пальпации отёчные ткани плотные, температура – 36,2ºС, артериальное давление – 90/60 мм рт. ст., пульс – 56 ударов в минуту. При нейропсихологическом обследовании: нарушения памяти, снижение концентрации внимания, значительная замедленность мышления. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?

***Темы для рефератов:***

1.Центральный понтинный миелинолиз.

2.Диабетический ганглионеврит.

***Типовые тестовые задания:***

1. При пернициозной анемии

а) гематологические и неврологические симптомы проявляются одновременно

б) гематологические симптомы предшествуют неврологическим

в) неврологические симптомы предшествуют гематологическим

**г) все перечисленное**

2. При эритремии неврологические осложнения развиваются вследствие

а) тромбоцитопении с геморрагическими периваскулярными экстравазатами

**б) тромбоза церебральных артерий с ишемическим поражением ЦНС**

в) метаболической аноксии

г) верно а) и б)

д) верно а) и в)

3. При эритремии наиболее частым неврологическим осложнением является

а) полинейропатия

б) дисциркуляторная энцефалопатия

в) субарахноидальное кровоизлияние

г) нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу

д) верно а) и б)

**е) верно б) и г)**

4. Основными причинами, вызывающими поражение нервной системы при лейкозах, являются

а) компрессия нервной ткани лейкемическими инфильтратами

б) анемическая гипоксия

в) дисциркуляторная гипоксия

г) геморрагические экстравазаты

**д) все перечисленные**

5. При острых лейкозах часто встречаются неврологические синдромы в виде

а) полинейропатии

б) невралгии краниальных нервов

в) паренхиматозного кровоизлияния

г) субарахноидального кровоизлияния

д) верно а) и б)

**е) верно в) и г)**

6. Одним из основных клинических проявлений миеломной болезни является болевой синдром в виде

а) артралгии

б) оссалгии

в) радикулалгии

г) миалгии

д) верно а) и г)

**е) верно б) и в)**

7. Патогенез поражений нервной системы при миеломной болезни в основном связан

а) с гиперпарапротеинемией

б) с компрессией мозга и периферических нервов костной тканью

в) с тромбозом сосудов головного и спинного мозга

г) с геморрагическим диатезом

д) со всем перечисленным

**е) верно а) и б)**

8. Поражение нервной системы при лимфогранулематозе происходит в результате

а) нарушения гемоциркуляции

б) компрессии нервов гранулематозной тканью

в) разрастания гранулем в веществе мозга

г) всего перечисленного

**д) верно б) и в)**

9. Наиболее частыми неврологическими осложнениями лимфогранулематоза являются

а) компрессия периферических нервов

б) компрессия черепных нервов

в) субарахноидальное кровоизлияние

г) паренхиматозное кровоизлияние в мозг

**д) верно а) и б)**

е) верно в) и г)

10. Для тиреотоксической миопатии наиболее характерным является

а) поражение верхних конечностей и плечевого пояса

б) поражение нижних конечностей и нижних отделов туловища

в) неуклонное прогрессирование мышечной слабости

г) ремиттирующее течение двигательного дефекта

д) верно а) и в)

**е) верно б) и г)**

11. Двигательные нарушения при гипотиреозе обусловлены

а) миодистрофией

б) миастенией

в) полинейропатией

г) пароксизмальной миоплегией

**д) верно а) и в)**

е) всем перечисленным

12. Фактором патогенеза поражения нервной системы при гипопаратиреозе является

а) гиперкальциемия

**б) гипокальциемия**

в) гипернатриемия

г) гипонатриемия

д) гиперкалиемия

е) гипокалиемия

13. Типичным неврологическим проявлением гипопаратиреоза является синдром

**а) тетании**

б) миастении

в) миодистрофии

г) все перечисленное

д) верно а) и б)

14. Развитие неврологических синдромов при панкреатитах в основном связано

а) с нарушением эндокринных функций

**б) с нарушением экзокринных функций**

в) с алиментарным дефицитом

г) с гиповолемией

д) с гиперпротеинемией

15. При хронических панкреатитах наиболее часто наблюдается синдром

а) энцефалопатии

**б) невротический**

в) психотический

г) полинейропатии

д) судорожный

16. При острых панкреатитах и панкреонекрозе наиболее часто наблюдается синдром

а) невротический

б) энцефалопатии

в) полинейропатии

г) менингеальный

**д) верно б) и г)**

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

а) энцефалопатия

б) миелопатия

**в) полинейропатия**

г) судорожный синдром

д) все перечисленное

18. 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)

19. Для лечения хронической надпочечниковой недостаточности применяется

а) курсовая терапия глюкокортикоидами

**б) постоянная терапия глюкокортикоидами**

в) курсовая терапия АКТГ

г) постоянная терапия АКТГ

д) верно а) и в)

е) верно б) и г)

20. Синдром Иценко - Кушинга (гиперкортицизм) развивается при наличии

а) глюкостеромы

б) альдостеромы

в) инсулиномы

г) длительной глюкокортикоидной терапии

**д) верно а) и г)**

е) всего перечисленного

21. Клинические проявления синдрома Иценко - Кушинга (гиперкортицизма) характеризуются

а) похуданием

б) ожирением

в) гипергликемией

г) гипогликемией

д) верно а) и г)

**е) верно б) и в)**

22. Наиболее частым неврологическим осложнением, развивающимся при синдроме Иценко - Кушинга (гиперкортицизме), является

а) деменция

б) полинейропатия

в) судорожный синдром

**г) миодистрофия**

д) синдром внутричерепной гипертензии

23. 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)**

24. Непосредственной причиной развития клинической картины острой надпочечниковой недостаточности может быть

а) психострессорный фактор

б) поражение коры надпочечников различной этиологии

в) недостаточная доза глюкокортикоидов при заместительной терапии

г) верно б) и в)

**д) все перечисленное**

25. Для острой надпочечниковой недостаточности характерны клинические проявления в виде

а) падения артериального давления

б) подъема артериального давления

в) адинамии, прогрессирующей утраты сознания

г) острого психотического синдрома

**д) верно а) и в)**

е) верно б) и г)

26. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности включает введение

а) глюкокортикоидов

б) АКТГ

в) кардиотонических препаратов

г) дегидратирующих средств

**д) верно а) и в)**

е) верно б) и г)

27. 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

28. 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)

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

**а) III, IV, VI, VII**

б) VII, XI, XII

в) X, XI, XII

г) IX, X

30. 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)**

31. 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)**

32. По своему происхождению гипоксия при сердечной недостаточности является

а) дыхательной

**б) циркуляторной**

в) гемической

г) тканевой

д) гипероксической

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **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 |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Неврология» 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.

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

1. Этиология и патогенез первичного и вторичного субарахноидального кровоизлияния. Диагностика, лечение.
2. Клиника субарахноидального кровоизлияния. Шкала тяжести состояния. Ханта-Хейса.Диагностика, лечение.
3. Дифференциальный диагноз субарахноидального кровоизлияния.
4. Методы диагностики субарахноидального кровоизлияния.
5. Роль церебрального спазма при субарахноидальном кровоизлиянии.
6. Принципы терапии субарахноидального кровоизлияния. Ведение больного.
7. Острая гипертоническая энцефалопатия. Клиническая картина. Диагностика. Показания для госпитализации.
8. Дифференциальная диагностики острой гипертонической энцефалопатии и острого церебрального гипертонического криза. Дифференциальное лечение.
9. Определение эпилепсии. Распространенность эпилепсии. Патогенные факторы, приводящие к симптоматической эпилепсии.   
   Основные виды эпилептических приступов. Генерализованные приступы. арциальные приступы. Аура. Разновидности ауры. Отличия простых от сложных парциальных приступов. Отличия симптоматических, идиопатических и криптогенных эпилепсий.
10. Методы диагностики эпилепсии. Роль нейровизуализации в диагностике эпилепсии.
11. Дифференциальный диагноз эпилептических приступов. Сумеречное помрачение сознания. Амбулаторные автоматизмы. Отличия амбулаторных автоматизмов от психических, моторных и идеаторных.
12. Методы лечения эпилепсии. Основные механизмы действия антиэпилептических препаратов. Основные преимущества монотерапии при лечении эпилепсии. Побочные эффекты антиэпилептических средств.
13. Новейшие антиэпилептические препараты. Кетогенная диета. Критерии отбора пациентов для хирургического лечения эпилепсии. Операции наиболее часто используются для лечения эпилепсии.
14. Виды эпилептических статусов. Помощь при эпилептическом статусе на разных этапах.
15. Классификация болевых синдромов.Диагностика.Лечение.
16. Рефлекторные болевые фасциальные синдромы.Диагностика, лечение.
17. Дифференциальная диагностика синдрома нижней косой мышц, синдрома лестничных мышц, синдрома мышцы поднимающей лопатку и синдромв плече-лопаточного периартроза.Лечение.
18. Компрессионные болевые синдромы. Диагностика. Лечение.
19. Сосудисто-дистрофические болевые синдромы.Диагностика и лечения.
20. Вертеброкардиальный синдром дифференциальный диагноз с ИБС инфарктом миокарда. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
21. Принципы лечения болей в спине.
22. Прозопалгии. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
23. Невралгия тройничного нерва. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
24. Формы вегетативной дистонии: гипертензивная, гипертензивно-гидроцефальная, гипотензивная. Диагностика. Осложнения. Лечение.
25. Ортостатическая гипотензия. Диагностика. Лечение.
26. Прогрессирующая вегетативная недостаточность. Кардиоваскулярная дистония. Психовегетативный синдром. Соматогенная вегетативная дистония. Осложнения. Диагностика. Лечение.
27. Особенности вегетативной дистонии у детей. Диагностика. Лечение.
28. Вестибуло-вегетативные синдромы при функциональном органическом поражении головного мозга. Диагностика. Лечение.
29. Вегетативные пароксизмы. Терминология. Классификация. Симпато-адреналовый, ваго-инсулярный, смешанный вегетативные кризы. Панические атаки.Дополнительные методы диагностики. Принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения.
30. Вертеброгенные поражения периферической нервной системы. Диагностика. Лечение.
31. Рефлекторные мышечно-тонические, компрессионно-ишемические радикуло-миелопатические синдромы. Диагностика. Лечение.
32. Миофасциальный болевой синдром. Комплексный регионарный болевой синдром (рефлекторной симпатической дистрофии). Диагностика. Лечение.
33. Острая и хроническая боль в спине.Стеноз позвоночного канала. Поясничный спондилолистез.Острая и хроническая цервикоалгия. Диагностика. Лечение.
34. Печеночная, уремическая и диабетическая энцефалопатии. Синдром Рейе. Этиология и патогенез ПЭ. Два пути синтеза аммиака в организме. Роль ароматических аминокислот в отеке головного мозга и изменении астроглии и нейротрансмиссии. Гипераммониемия при различных вариантах печеночной недостаточности. Диагностика. Лечение.
35. Врожденная гипераммониемия, наследственные варианты заболевания связанные с дефектным геном орнитинового цикла. Клинические проявления печеночной энцефалопатии. Нейропсихологические тесты в диагностике латентной ПЭ. Стадии ПЭ. Принципы лечения ПЭ. Уремическая энцефалопатия. Классификация, патогенез, клиника, лечение.
36. Ведущие неврологические синдромы при сахарном диабете. Неотложные состояния при сахарном диабете. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение диабетической полиневропатии.
37. Хроническая боль при диабетической полинейропатии: стратегия диагностики и лечения.
38. Классификация невротических состояний у лиц пожилого возраста. Дифференциальный диагноз неврологических расстройств при заболеваниях внутренних органов. Диагностика. Лечение.
39. Синдромы при системных заболеваниях соединительной ткани (ревмаэнцефалит). Диагностика. Лечение.

***Типовые ситуационные задачи для проверки***

***сформированных умений и навыков:***

***Задача 1***. Больной 45 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль. Известно, что около часа назад ударился головой при падении. Отмечалась кратковременная потеря сознания, тошнота, однократная рвота. При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. В сознании, контактен, правильно ориентирован в пространстве и времени. Беспокоит головная боль более выраженная в правой половине головы. Правая теменно-височная область болезненная при пальпации и перкуссии. [Менингеальных симптомов](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Менингеальный_синдром) нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. Больной оставлен под наблюдением в приемном покое. Через несколько часов стали появляться и прогрессировать неврологические симптомы в виде нарушения сознания до уровня [оглушения](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Оглушение) - [сопора](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Сопор), легкого расходящегося косоглазия за счет правого глазного яблока, [анизокория](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Анизокория) (за счет расширения правого зрачка), снижения фотореакции. В левых конечностях отмечено [снижение мышечной силы до 3,5-4 баллов](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Парез). При проведении компьютерной томографии выявляется структура высокой плотности в правой теменно-височной области, прилегающая к внутренней костной пластинке.

Задания:

1. Синдромальный диагноз

2.Топический диагноз

3. Нозологический диагноз

4. Наиболее информативные параклинические методы исследования

5. Лечение

***Задача 2***. Больной 41 года после приема алкоголя был обнаружен на улице без сознания. Придя в себя, происшедшие с ним события [амнезировал](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Амнезия). С того времени беспокоит головная боль, преимущественно по утрам, предпочитал лежать лицом вниз, значительно снизилась память, растерян, не может работать. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании, частично дезориентирован во времени, отмечены [ригидность затылочных мышц](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Ригидность_шеи), [симптом Кернига.](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Кернига_смптом)с двух сторон. Перкуссия черепа болезненна, больше справа, [скуловой симптом Бехтерева](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Бехтерева_скуловой_симптом) справа, зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Сглажена левая носогубная складка, правосторонний [гемипарез](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Парез) со снижением силы до 3.5 баллов, [гиперкинез](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm" \l "Гиперкинез) в пальцах левой кисти, сухожильные рефлексы оживлены, больше справа, хватательные стопные знаки с двух сторон, нечетко выполняет координаторные пробы левыми конечностями. На рентгенографии черепа костнодеструктивных изменений не определяется. Глазное дно: диски зрительных нервов умеренно отечны, границы стушеваны единичные штрихообразные геморрагии, вены заметно расширены, полнокровны. На МР-томографии (T1-взвешенные изображения), выполненной через 12 дней после травмы отмечается образование с высокой интенсивностью сигнала, прилегающее к коре обеих полушарий ([рисунок](http://neuro-exam.narod.ru/task52/pic52_2.htm)).

Задания:

1. Синдромальный диагноз

2.Топический диагноз

3. Нозологический диагноз

4. Наиболее информативные параклинические методы исследования

5. Лечение

***Задача 3***. Мужчина 75 лет доставлен в больницу в связи с головной болью, головокружением, шаткостью походки и неловкостью в конечностях, которые возникли на фоне физической нагрузки. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: в сознании, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 60 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, горизонтальный и вертикальный нистагм, парезов нет, интенционный тремор в конечностях при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб, мышечная гипотония в конечностях. Через три часа состояние больного постепенно ухудшилось, появились сонливость, нарушение глотания, осиплость голоса, частота сердечных сокращений уменьшилась до 40 в минуту.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как расценить ухудшение состояния больного?
5. Возможные причины (этиология) заболевания?
6. Дополнительные обследования?
7. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

***Задача 4***. Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли на фоне употребления алкоголя. В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией, обычные значения артериального давления в последний год - 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 100 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, при высовывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больного ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как расценить ухудшение состояния больного?
5. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

#### Задача 5. Больная 40 лет страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала. Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. Зрачки расширены. Реакция зрачков на свет отсутствует. Маятникообразное, медленное движение глаз в горизонтальном направлении — «плавающие глаза». На уколы лица не реагирует. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа — ослаблен, опущен левый угол рта Симптом «паруса» левой щеки. Из правого угла рта выделяется пенистая слюна. Руки приведены к туловищу, кисти согнуты и пронированы, пальцы собраны в кулаки. Ноги вытянуты, повышение мышечного тонуса в разгибателях. Периодически тонус снижается и отмечается двигательное беспокойство правой руки и ноги, поднятые левая рука и нога падают, как плети. Ригидности мышц затылка нет. Симптом Кернига нерезко выражен с обеих сторон. На уколы туловища не реагирует. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон. В ответ на раздражение эфиром, уколом или при резком сгибании пальцев стопы, происходит «тройное сгибание» ног.

#### Во время осмотра была рвота. Пульс 106, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД— 230/120. Температура 38,7° Лейкоцитоз 12600\*109. Через несколько часов после начала пульс 120, слабого наполнения. Дыхание Чейн-Стокса. Обильный пот. Кисти рук и стопы цианотичны, холодны. АД—180/105. Гипертония мышц сменилась гипотонией, более выраженной  в левой руке и ноге. Сухожильные рефлексы исчезли. Температура 40°. Отек легких. На эхоэнцефалограмме- смещения М-эха нет.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как расценить ухудшение состояния больного?
5. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?

Лечение, если предварительный диагноз подтвердится

**Задача№6**

Мужчина 55ти летний страдает гипертонической болезнью. Регулярно принимает препарат из группы ингибиторов АПФ (каптоприл 25 мг в сутки). Получил телеграмму о смерти близкого родственника, и почувствовал себя плохо: появилось, головокружение, головная боль, повторная рвота. Вызвал участкового врача. При осмотре: сознание сохранено, очаговых симптомов поражения нервной системы нет. Артериальное давление 210/130 мм. рт. ст., пульс 96 ударов в минуту. Задания: 1) Поставьте предположительный клинический диагноз 2) Требуется ли госпитализация? 3) Нужна ли коррекция терапии? Показано ли санаторно-курортное лечение? 4) Показано ли санаторно-курортное лечение? 5) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

**Задача№7**

Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева. Задания: 1) Поставьте топический диагноз? 2) Поставьте предположительный клинический диагноз? 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре? 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать? 5) Основные реабилитационные мероприятия? Профилактика инвалидизации?

**Задача№8**

Больная 67 лет, страдает стенокардией напряжения, II ф.кл, 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Во время разговора по телефону начал «заплетаться» язык, выронила трубку из правой руки. При осмотре врача специализированной неврологической бригады скорой помощи: АД -140/80 мм Hg, фибрилляция предсердий 120 ударов в минуту. Неврологически: сглажена правая носогубная складка, язык девиирует вправо, парез правой руки до 3х баллов, глубокие рефлексы D>S, симптом Бабинского справа. Задание: 1) Поставьте предположительный клинический диагноз? 2) Нужна ли госпитализация? 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре? 8 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать? 5) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?

**Задача№9**

Женщина 20 лет, обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что у нее несколько раз в год бывают приступы интенсивной пульсирующей боли, обычно в левой половине головы. Пациентка заметила, что довольно часто приступ возникал после употребления красного вина. Приступу предшествует нарушение зрения в виде выпадения правых половин поля зрения. Головная боль сопровождается тошнотой, иногда рвотой, анальгетиками купируется плохо. Обычно приступ продолжается несколько часов. Задания: 1) Предположительный клинический диагноз. 2.Требуется ли срочная госпитализация? 2) Консультации, каких специалистов необходимо назначить? 3) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести? 4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 5) Назначьте лечение

**Задача№10**

Женщина 36ти лет, бухгалтер, большую часть рабочего времени проводит за компьютером, часто берет работу на дом. Обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что последние 2 года ее часто (3-5 дней каждую неделю) беспокоят головные боли. Боль имеет стягивающий характер (похожа на «обруч»), средней интенсивности, во время головной боли ее сильно раздражают громкие звуки. Головная боль продолжается несколько часов, иногда целый день, полностью прекращается или уменьшается после приема комбинированного анальгетика. Задания: 1) Поставьте предположительный клинический диагноз. 2) Требуется ли госпитализация? 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить? 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести? 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 6) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

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

**Задача 1.**

1)Эпидуральная гематома.

2)Синдром височно-тенториального вклинения.

3) Супратенториальные образования, сопровождающиеся дополнительным объемом: опухоль, кровоизлияние, абсцесс, эхинококкоз.

4) МРТ

5)Неотложная консультация нейрохирурга.

**Задача 2.**

1) Менингиальный синдром

2)Двухсторонняя субдуральная травматическая гематома.

3) Геморрагический инсульт

4) КТ, МРТ

5) Показана экстренная консультация нейрохирурга.

**Задача 3.**

1. Мозжечковая атаксия, бульбарный синдром (дисфагия, дисфония), менингиальный синдром

2. Кровоизлияние в области мозжечка

3. ОНМК по гемморагическому типу

4. Сдавление ствола мозга( вследствие отека произошло нижнее вклинение)

5. Артериальная гипертония- образование микроаневризм перфорирующих артерий-их разрыв и образование кровоизлияния

6. КТ, МРТ, люмбальная пункция

7. если отек, то назначаются маннитол или глицерол, ИВЛ, наркоз

**Задача 4.**

1) менингеальный синдром, левосторонняя гемианопсия, центральный левосторонний гемипарез, левосторонняя гипостезия, парез нижней части мимических мышц слева, при высовывании девиация языка влево

2) кровоизлияние в базальные ганглии и внутреннюю капсулу

3) ОНМК по гемморагическому типу

4) повторное кровоизлияние

5) КТ, МРТ, люмбальная пункция(кровь)

6) маннитол о.7 г на кг каждые 3-5ч), ненаркотические анальгетики(500мг парацетомола 4-6ч), хирургическое удаление гематомы( если больше 40мл), гипотензивная терапия, протамина сульфат(при кровоизлиянии, вызванном лечением антикоагулянтами),эпсилонаминокапроновая кислота, нимодипин (тормозит спазм сосудов), постельный режим.

**Задача 5.**

1) Гипертоническая болезнь III ст.

2) Кровоизлияние в правое полушарие головного мозга с прорывом в боковой желудочек. Горметонический синдром.

3) КТ, МРТ, люмбальная пункция(кровь)

4) маннитол о.7 г на кг каждые 3-5ч), ненаркотические анальгетики(500мг парацетомола 4-6ч), хирургическое удаление гематомы( если больше 40мл), гипотензивная терапия, протамина сульфат(при кровоизлиянии, вызванном лечением антикоагулянтами),эпсилонаминокапроновая кислота, нимодипин (тормозит спазм сосудов), постельный режим.

**Задача 6.**

1) Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз.

2) Госпитализация показана.

3) Методы выбора коррекции терапии: А) выбрать комбинированную терапию - добавить гипотензивные препараты других групп: бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов или диуретики. Б) заменить ингибитор АПФ на препарат из группы сартанов (лазап, атаканд, эдарби).

4) Санаторно-курортное лечение не показано

5) После выписки из больницы пациент трудоспособен

**Задача 7.**

1) Поражение правого полушария головного мозга.

2) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния.

3) КТ, МРТ ангиография, ЛП.

4) Тактика лечения: А) стабилизация АД (не ниже 180/90 мм.рт.ст.) Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация) В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Ca каналов – нимодипин) Г) хирургическое лечение (по показаниям). Д) базисная недифференцированная терапия инсульта

5) Профилактика инвалидизации: А)Своевременная госпитализация Б)Адекватное лечение В)Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация: А) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ Б) физиотерапия, массаж В) эрготерапия Г) Занятия с логопедом

6) а) исходы:смертность достигает 60-70%, вероятна инвалидизация, возможно выздоровление с восстановлением функций.

**Задача 8.**

1) Ишемический инсульт (предположительно кардиоэмболический) в бассейне левой средней мозговой артерии. 2) Госпитализация обязательна. 3. КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр) 4) а) базисная недифференцированная терапия инсульта При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора: б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин). в) тромболизис (при отсутствии противопоказаний) г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол) В случае выявления гемодинамически значимых стенозов: д) хирургическое лечение (стентирование, эндартерэктомия) 5) Вторичная профилактика инсульта: А) антигипертензивная терапия Б) дезагрегантная терапия В) антикоагулянтная терапия Г) гиполипидемическая терапия Вторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики: А) отказ от вредных привычек Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела 52 В) регулярные физические нагрузки Г) соблюдение режима труда и отдыха Профилактика инвалидизации: А)Своевременная госпитализация Б)Адекватное лечение В)Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация: а) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ б) физиотерапия, массаж в) эрготерапия г) занятия с логопедом

**Задача 9.**

1) Мигрень с аурой. Госпитализация не требуется. 2) Консультация офтальмолога и невролога. 3) ТИА, головная боль напряжения 4) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ. 5) Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан) или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).

**Задача 10.**

1) Хроническая головная боль напряжения. 2) Госпитализация не требуется 3) Консультация невролога, офтальмолога 4) Мигрень, опухоль головного мозга, синдром вегетативной дисфункции 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга. 62 6) Нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, постизометрическая релаксация, анальгетики или препараты группы НПВП (не допускается длительный ежедневный прием), при необходимости антидепрессанты.

**Образец зачётного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической медицины

направление подготовки (специальность) *31.08.54 Врач общей практики*

дисциплина Неврология

**ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Синкопальные состояние. Этиология, патогенез. Дифференциальная диагностика. Эпилептический статус.

2. Переходящие нарушения мозгового кровобращения. Дифференциальная диагностика острой гипертонической энцефалопатии и церебрального гипертонического криза. Показания для госпитализации.

**II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Выполнение практического задания - решение ситуационной задачи:

Больная 40 лет страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала. Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. Зрачки расширены. Реакция зрачков на свет отсутствует. Маятникообразное, медленное движение глаз в горизонтальном направлении — «плавающие глаза». На уколы лица не реагирует. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа — ослаблен, опущен левый угол рта Симптом «паруса» левой щеки. Из правого угла рта выделяется пенистая слюна. Руки приведены к туловищу, кисти согнуты и пронированы, пальцы собраны в кулаки. Ноги вытянуты, повышение мышечного тонуса в разгибателях. Периодически тонус снижается иотмечается двигательное беспокойство правой руки и ноги, поднятые левая рука и нога падают, как плети. Ригидности мышц затылка нет. Симптом Кернига нерезко выражен с обеих сторон. На уколы туловища не реагирует. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон. В ответ на раздражение эфиром, уколом или при резком сгибании пальцев стопы, происходит «тройное сгибание» ног.

#### Во время осмотра была рвота. Пульс 106, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД— 230/120. Температура 38,7° Лейкоцитоз 12600\*109. Через несколько часов после начала пульс 120, слабого наполнения. Дыхание Чейн-Стокса. Обильный пот. Кисти рук и стопы цианотичны, холодны. АД—180/105. Гипертония мышц сменилась гипотонией, более выраженной  в левой руке и ноге. Сухожильные рефлексы исчезли. Температура 40°. Отек легких. На эхоэнцефалограмме- смещения М-эха нет

Задания:

1) Топический диагноз?

2) Обследование?

3) Клинический диагноз?

4) Консультация, каких специалистов может потребоваться?

5) Лечение?

6) Предложите план реабилитационных мероприятий.

7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?

Заведующий кафедрой

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

Декан факультета подготовки

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

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

**Перечень дидактических материалов для обучающихся на промежуточной аттестации.**

1. Стандарты оказания медицинской помощи по неврологическому профилю.

2. Порядки оказания медицинской помощи по неврологическому профилю.

**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 | Знать  классификацию основных неврологических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, методы их диагностики и диагностические критерии. | вопросы № 1-5, 7-11, 15-20, 22, 23-39 |
| Уметь  определять патологические изменения при использовании диагностических методов исследования | практические задания: 1-10 |
| Владеть  методами оценки патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. | практические задания: 1-10 |
| 2 | ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи | Знать  методы лечения и алгоритмы ведения пациентов на основе клинических рекомендаций (протоколов ведения), порядков и стандартов медицинской помощи при неврологических заболеваниях | вопросы № 1, 2, 6, 9, 12-39. |
| Уметь  определять методы лечения и тактику ведения на основе установленной патологии. | практические задания: 3-10 |
| Владеть  методами оценки эффективности лечебных мероприятий | практические задания: 3-10 |
| 3 | УК-1: готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу | Знать  этиологию и патогенез заболеваний и состояний, принципы их профилактики, диагностики и лечения;  критерии эффективности лечебно-профилактических, реабилитационных мероприятий и диспансерного наблюдения. | вопросы № 1-39 |
|  |  | Уметь  анализировать полученную информацию в процессе профессиональной деятельности | практические задания: 1-10 |
|  |  | Владеть  формированием заключений и выводов на основе полученной информации в процессе профессиональной деятельности | практические задания: 1-10 |