федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**НЕВРОЛОГИЯ**

по специальности

31.08.48 Скорая медицинская помощь

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь, 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 экзамена.

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

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

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

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

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

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.**

**Тема 1.** Цереброваскулярные заболевания. Острая гипертоническая энцефалопатия. Острый церебральный гипертонический криз. Субарахноидальное кровоизлияние.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Этиология и патогенез первичного и вторичного субарахноидального кровоизлияния.

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

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.

***Темы для рефератов:***

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

2. Церебральный ангиоспазм при субарахноидальном кровоизлиянии. Методы диагностики и лечения.

3. Протокол ведения больного с субарахноидальным кровоизлиянием.

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

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. 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

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

 1) аналгетики

 2) антифибринолитики

 3) дегидратационные препараты

 4) спазмолитики

 5) антигипертензивные средства

9. 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)

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

 1) утраты сознания

 2) головной боли

 3) очаговых неврологических симптомов

 4) менингеального синдрома

11. 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

12. 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

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. 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

15. У больных с неразорвавшейся конвекситальной артериовенозной аневризмой наблюдают

 1) нарушения зрения

 2) глазодвигательные расстройства

 3) менингеальные симптомы

 4) повышение внутричерепного давления

 5) эпилептиформные припадки

16. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные

 1) ангиографии

 2) реоэнцефалографии

 3) ультразвуковой допплерографии

 4) компьютерной томографии

 5) радиоизотопной сцинтиграфии

17. 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

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

1) отек мозга,

2) синдром верхнего вклинения,

3) синдром нижнего вклинения,

4) спазм церебральных артерий.

5) присоединение менингита.

***Типовые ситуационные задачи:***

*Задача1.*

На станции метро, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания и определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?

2) Нужна ли госпитализация?

3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?

4) Тактика лечения?

5) Возможные исходы заболевания?

*Задача2.*

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 предположительный клинический диагноз?

2) Нужна ли госпитализация?

3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?

4) Тактика лечения?

5) Возможные исходы заболевания?

*Задача3.*

У молодой женщины 30 лет в кафе остро возникли сильная головная боль, тошнота, рвота, через несколько минут нарушилось сознание. Врачи «скорой медицинской помощи» выявили сопор, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц. Парезов и других неврологических нарушений не обнаружено.

 Задания:

1. Неврологические синдромы?

2. Предварительный клинический диагноз?

3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?

4. Врачебная тактика?

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

*Задача 1.*

1) Субарахноидальное кровоизлияние (вероятно аневризматическое). Внезапное, острое развитие общемозговых и менингеальных симптомов указывает на субарахноидальное кровоизлияние. Отсутствие в анамнезе травм и заболеваний сосудистой системы указывает на вероятный разрыв аневризмы.

2) Экстренная госпитализация, поддержание витальных функций во время транспортировки, в ближайший стационар с отделением интенсивной терапии и возможностью проведения экстренного нейрохирургического оперативного вмешательства (при обнаружении массивного характера кровоизлияния).

3) КТ (наиболее специфичный метод выявления САК в первые сутки) или МРТ(при отсутствии КТ, либо спустя несколько суток при), МРТ ангиография или контрастная ангиография (в срочном порядке для обнаружения источника кровотечения), ТК УЗДГ (для выявления и оценки динамики церебрального ангиоспазма).

4) В остром периоде:

а) базисная недифференцированная терапия инсульта

- оценка и коррекция нарушений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы;

- контроль водно-электролитного баланса;

- лечение повышенного внутричерепного давления и судорожных приступов;

- коррекция артериального давления;

- нормализация уровня глюкозы (инсулинотерапия при гипергликемии > 10 ммоль/л)

- нормализация температуры тела (искусственное охлаждение, диклофенак, напроксен, ацетоминофен при t>37,5C);

- поддержание нормоволемии (избегать использования глюкозосодержащих растворов);

- профилактика и своевременная диагностика инфекционных и тромбоэмболических осложнений;

- раннее начало полноценного питания (естественного или искусственного энтерального);

- максимально ранняя вертикализация (вторые сутки);

- комплексная реабилитация силами мультидисциплинарной бригады;

 Тактика лечения:

а) хирургическое лечение (при выявлении аневризмы после проведения МР-ангиографии либо в случае выраженного повышение ВЧД с угрозой вклинения ствола мозга).

б) купирование отека мозга (маннитол 20% 1 г на кг массы тела в сутки внутривенно капельно; глицерол 10% 1 г на кг массы тела внутрь через зонд на 20% растворе аскорбината натрия или фруктовом соке, возвышенное положение головы, оксигенация)

в) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Ca каналов – нимодипин 15 мкг на кг в час в первые 2 часа, далее 30 мкг на кг в час под контролем скорости кровотока в церебральных артериях в течение 5-14 суток с дальнейшим переходом на пероральный прием 60 мг 6 раз в сутки в течение 7 дней)

5) Смертность достигает 40% в первую неделю (в основном при обширных кровоизлияниях с развитием вклинения ствола мозга), в случае выздоровления у большинства пациентов стойкая инвалидизация не наступает. В случае обнаружения опухоли, аневризмы, артерио-венозной мальформации высок риск развития повторных кровоизлияний. Необходимо плановое хирургическое лечение.

*Задача 2.*

1) Поражение правого полушария головного мозга. «Парусящая» левая щека указывает на центральный паралич лицевого нерва (корковый двигательный центр в правом полушарии), отсутствие активных движений в левых конечностях – на поражение передней центральной извилины справа либо кортикоспинальных путей от нее, симптом Бабинского слева – на центральный паралич левой ноги (перерыв кортикоспинальных двигательных путей), что в совокупности дает картину поражения правого полушария головного мозга.

2) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния. Острое начало на фоне высокого артериального давленияс прогрессирующим снижением сознания до комы I могут указывать на геморрагичекий характер инсульта, однако для окончательного заключения необходима КТ головного мозга. Перерыв кортикоспинальных двигательных путей указывает на обширное паренхиматозное кровоизлияние.

3) КТ при поступлении для дифференциальной диагностики с ишемическим инсультом, МРТ ангиография в дальнейшем для исключения мальформации сосудов головного мозга; в случае отсутствия КТ необходимо проведение люмбальной пункции при отсутствии признаков выраженной внутричерепной гипертензии с риском развития дислокации головного мозга.

4) Тактика лечения:

А) стабилизация АД (не опуская ниже 180/90 мм.рт.ст. в первые сутки, для компенсации срыва ауторегуляции мозгового кровотока) ; для снижения артериального давления возможно применение лабеталола (внутривенно болюсно 5-20 мг каждые 15 минут, постоянно внутривенно 2 мг в минуту до 300 мг в сутки); эсмолола (250 мкг на кг веса при болюсном введении, 5-15 мг в час при постоянном введении); эналаприла (1,25 – 5 мг болюсно через каждые 6 часов, в связи с риском обрушения АД начальная доза должна составлять 0,625 мг); гидрапизин (5-20 мг болюсно каждые 30 минут).

Б) купирование отека мозга (маннитол 20% в дозе 1-1,5 г на кг массы тела до 180 г в сутки; глицерол 10% в дозе 0,5-1 г на кг массы тела через назогастральный зонд на голодный желудок на 20% растворе аскорбината натрия или фруктового сока, возвышенное положение головы, оксигенация)

В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Ca каналов – нимодипин 15 мкг на кг в час в первые 2 часа, далее 30 мкг на кг в час под контролем скорости кровотока в церебральных артериях в течение 5-14 суток с дальнейшим переходом на пероральный прием 60 мг 6 раз в сутки в течение 7 дней)

Г) хирургическое лечение (по показаниям, консультация нейрохирурга).

Д) базисная недифференцированная терапия инсульта

- оценка и коррекция нарушений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы;

- контроль водно-электролитного баланса;

- лечение повышенного внутричерепного давления и судорожных приступов;

- коррекция артериального давления;

- нормализация уровня глюкозы (инсулинотерапия при гипергликемии > 10 ммоль/л)

- нормализация температуры тела (искусственное охлаждение, диклофенак, напроксен, ацетоминофен при t>37,5C);

- поддержание нормоволемии (избегать использования глюкозосодержащих растворов);

- профилактика и своевременная диагностика инфекционных и тромбоэмболических осложнений;

- раннее начало полноценного питания (естественного или искусственного энтерального);

- максимально ранняя вертикализация (вторые сутки);

- комплексная реабилитация силами мультидисциплинарной бригады;

5) Профилактика инвалидизации:

а)Своевременная госпитализация в сосудистый центр (в течение первых 6 часов с момента появления симптомов)

б)Адекватное лечение

в)Ранняя (начинается с первого дня болезни до 6 месяцев, совместно отделением ранней реабилитации) и поздняя реабилитация (с 6 до 12 месяцев):

1) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ с методикой биологической обратной связи

2) физиотерапия, массаж

3) эрготерапия

4) Занятия с логопедом

*Задача 3.*

1.Нарушение сознания, менингеальный синдром

2.Субарохноидальное кровиизлияние

3.Возможен разрыв мешотчатой аневризмы или другой сосудистой мальформации

4.Ненаркотические анальгетики, нимодипин, дегидротация (глицерол, дексазон), ингибитор протеаз (гордон, трасесол)

**Тема 2.** Синкопальные состояния. Этиология, патогенез, клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Определение эпилепсии. Распространенность эпилепсии. Патогенные факторы, приводящие к симптоматической эпилепсии.
2. Основные виды эпилептических приступов. Генерализованные приступы. арциальные приступы. Аура. Разновидности ауры. Отличия простых от сложных парциальных приступов. Отличия симптоматических, идиопатических и криптогенных эпилепсий.
3. Методы диагностики эпилепсии. Роль нейровизуализации в диагностике эпилепсии.
4. Дифференциальный диагноз эпилептических приступов.
5. Сумеречное помрачение сознания. Амбулаторные автоматизмы. Отличия амбулаторных автоматизмов от психических, моторных и идеаторных.
6. Методы лечения эпилепсии. Основные механизмы действия антиэпилептических препаратов. Основные преимущества монотерапии при лечении эпилепсии. Побочные эффекты антиэпилептических средств.
7. Новейшие антиэпилептические препараты. Кетогенная диета. Критерии отбора пациентов для хирургического лечения эпилепсии. Операции наиболее часто используются для лечения эпилепсии.
8. Виды эпилептических статусов. Помощь при эпилептическом статусе на разных этапах.

***Темы для рефератов:***

1. Алгоритм диагностики и лечения посттравматической эпилепсии

2. Современная антиконвульсантная терапия. Осложнения длительного приема антиконвульсантной терапии.

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

***Типовые тестовые задания:***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1.Синкопальное состояние проходит три стадии

1)стадия предвестников (предсинкопальное состояние, липотимия)

2)стадия кульминации, или разгара (собственно синкопальное состояние)

3)стадия восстановительного периода (постсинкопальное состояние)

4) все перечисленное

2. Факторы провоцирующие синкопальное состояние

1)эмоциональным стресс

2)ортостатическая гипотензия

3) пребывание в душном помещении

4)приступы кашля

5)раздражение каротидного синуса

6)атриовентрикулярная блокада

7) гипогликемия

8)острая диспепсия

9) обильное мочеиспускание

10)все перечисленное

3. Во время синкопального состояния определяются

1)на ээг признаки генерализованной гипоксии головного

мозга в виде высокоамплитудных медленных волн

2)на экг чаще брадикардия, иногда аритмия, реже асистолия

3) все перечисленное

4. Отличительные признаки синкопальных состояний от эпилептических припадков

1)вегетативные расстройства предшествуют потере сознания

2)потеря сознания и снижение мышечного тонуса происходят не так остро

3)больной не получает при падении ушибов

4)возникает в любое время

5)судорожные подергивания

6)нарушение функций тазовых органов

7) прикусы языка

8) 1,3

5. К видам синкопальных состояний относятся

1)неврогенные обмороки

2)соматогенные обмороки

3)синкопальные состояния при экстремальных воздействиях

4)полифакторные состояния

5) все перечисленное

6. Степени выраженности пресинкопальных состояний

1) Iстепени-слабость, тошнота, "мушки" перед глазами

2) IIстепени-более выраженные симптомы с элементами нарушения постурального тонуса

3) все перечисленное

7. Степени выраженности синкопальных состояний

1) I cтепени-кратковременное выключение сознания на несколько секунд без выраженного постприпадочного синдрома

2) II cтепени-более длительная потеря сознания и выраженные постприпадочные проявления

3) все перечисленное

8. К патогенетическим механизмам обмороков относятся

1)недостаточность кровоснабжения мозга при расстройствах системной гемодинамики

2)локальная ишемия мозга при патологии магистральных и церебральных сосудов

3)редукция мозгового метаболизма

4) все перечисленное

9. Обморок является симптомом ургентной соматической патологии

1)инфаркт миокарда

2)тромбоэмболия легочной артерии

3) кровотечение

4)опухоли мозга

5)аневризмы церебральных сосудов

6) все перечисленное

10. К методам исследования состояния вегетативной нервной системы при синкопальном состоянии относятся

1)определение вегетативного тонуса

2)определение вегетативной реактивности

3)определение вегетативного обеспечения

4) все перечисленное

11. К инструментальным методам исследования относятся

1)общий анализ крови и мочи

2) сахар крови во время обморока, натощак, сахарная кривая с нагрузкой

3) экг в межприступном периоде, в динамике, по возможности во время обморока

4)рентгенологическое исследование сердца, аорты, легких

12. Эпилепсия является заболеванием головного мозга

1) острым

2) хроническим

13. В основе патогенеза эпилептических припадков лежит

1) преобладание тормозящих и снижение функции возбуждающих нейротрансмиттеров

2) преобладание возбуждающих и снижение функции тормозящих нейротрансмиттеров

14. Какие инфекции могут быть причиной эпилепсии

1) менингит

2) краснуха

3) эпидемический паратит

4) энцефалит

5)1,4

15. Нарушение сознания отмечается при припадках

1) простых парциальных

2) сложных парциальных

16. Определите синонимы симптоматической эпилепсии

1) первичная эпилепсия

2) вторичная эпилепсия

3) эпилепсия известной этиологии

4) эпилепсия неизвестной этиологии

5) приобретенная эпилепсия

6)эпилепсия, обусловленная повреждением мозга

7) кроме первичной эпилепсии

17. Фебрильные судороги отмечаются

1) при рахите

2) при рвоте

3) при гипертермии

18. Провоцирующими факторами в развитии эпилептического статуса могут быть

1) регулярный прием противосудорожных средств

2) прекращение приема антиконвульсантов

3) менингоэнцефалит

4) вегетодистония

5) черепно-мозговая травма

6) 2,3,4

19. Факторы благоприятного прогноза у детей

1) наступление эпилепсии в возрасте до 2-3 лет

2) наступление эпилепсии в возрасте после 5лет

3) наличие полиморфных припадков

4) наличие типичных абсансов

5) 2,3

20. Как различается эпилепсия с учетом этиологии

1) идиопатическая

2) симптоматическая

3) криптогенная

4) все перечисленное

***Типовые ситуационные задачи:***

*Задача1.*

Больной 38 лет; доставлен в отделение реанимации городской больницы в состоянии [сумеречного сознания](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%A1%D1%83%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%81%D0%BE%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5). Со слов очевидцев около часа назад на улице потерял сознание и наблюдались тонические [судороги](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%A1%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%B0) всего тела. Больной не контактен, отмечаются отдельные миоклонические подергивания и непроизвольное сокращение мышц лица на фоне [мышечной гипотонии](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%A2%D0%BE%D0%BD%D1%83%D1%81_%D0%BC%D1%8B%D1%88%D0%B5%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9). В анамнезе - психотравмирующая ситуация в ближайшем прошлом. При неврологическом обследовании отмечается снижение сухожильных рефлексов. Общемозговых, [менингальных](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%9C%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC) симптомов, другой очаговой симптоматики не выявляется. На ЭЭГ упорядоченный, высоко амплитудный ритм с частотой 4-6 колебаний в сек., амплитудой до 200 мкВ, который затем приобрел характер ритма пик-волна и полипик-волна частотой 2,5-1,5 в секунду с дальнейшей депрессией биопотенциалов головного мозга. На МРТ очаговых изменений в ткани головного мозга не выявлено.

Задания:

1. Синдромальный диагноз

2.Топический диагноз

3. Нозологический диагноз

4. Наиболее информативные параклинические методы исследования

5. Лечение

*Задача2.*

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%22%20%5Cl%20%22%D0%A1%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%B0), 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%22%20%5Cl%20%22%D0%9C%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC), очаговой симптоматики нет. На 5-й день пребывания в клинике развился [генерализованный тонико-клонический припадок](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%AD%D0%BF%D0%B8%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BF%D0%B0%D0%B4%D0%BE%D0%BA_%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE_%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9) 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%22%20%5Cl%20%22%D0%A1%D0%BF%D0%B0%D0%B9%D0%BA_%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D0%BD%D0%B0) с частотой 2,5-3 колебания в секунду . При МР-томографии головного мозгапатологических изменений в головном мозге не обнаружено.

Задания:

1. Синдромальный диагноз

2.Топический диагноз

3. Нозологический диагноз

4. Наиболее информативные параклинические методы исследования

5. Лечение

*Задача 3.*

Больной 17 лет. Родился в асфиксии. В семь лет перенес черепно-мозговую травму. В 12 лет ночью развилась серия приступов с кратковременным выключением сознания, судорожным сокращением мышц лица слева, клоническими сокращениями мышц левой руки. Подобные приступы стали повторяться, обычно после сна. При поступлении: состояние удовлетворительное, АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 80 уд. в мин. Неврологический статус: [интеллект](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82) снижен, больной [эйфоричен](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%AD%D0%B9%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F), расторможен, выявляются [нистагмоид](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%9D%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B3%D0%BC%D0%BE%D0%B8%D0%B4) при взгляде в стороны, легкая асимметрия лица, сухожильные рефлексы равномерно оживлены, [патологических стопных знаков](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%91%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BF%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC) нет, легкий [тремор](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%A2%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80) пальцев рук и век, в [позе Ромберга](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%A0%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B0_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%B0) больной пошатывается в стороны. При нейропсихологическом обследовании выявлены снижение концентрации [внимания](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%92%D0%BD%D0%B8%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5), трудность переключения при выполнении заданий, пересказе текстов, решении математических задач. На рентгенографии черепа отмечаются умеренно выраженные признаки [ликворной гипертензии](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%93%D0%B8%D0%B4%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F). На ЭЭГ ([рисунок](http://neuro-exam.narod.ru/task30/pic30_2.htm)): грубый фокус пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях в виде комплексов спайк-волн - медленная волна. При гипервентилляции отмечается тенденция к генерализации спайк-волновой активности с сохранением выраженности фокуса пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях.

Задания:

1. Синдромальный диагноз

2.Топический диагноз

3. Нозологический диагноз

4. Наиболее информативные параклинические методы исследования

5. Лечение

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

*Задача 1.*

1.Эпилептический синдром.

2.Нет

3.Симптоматическая эпилепсия.

4. ЭЭГ, МРТ

5. Финлепсин. После проведения дифференциального диагноза с истерическим припадком назначение финлепсина или дифенина. При резистентности к монотерапии использование комбинации противоэпилептических препаратов.

*Задача 2.*

1.Первично-генерализованная эпилепсия

2.Нет

3. Симптоматическая эпилепсия.

4. ЭЭГ, МРТ

5.Лечение - препараты вальпроевой кислоты (вальпроат натрия)

*Задача 3.*

1.Эпилепсия, фокальные припадки.

2.В генезе эпилептического синдрома может иметь как родовая травма, так и травма головы в семилетнем возрасте.

3.Дифференциальный диагноз следует проводить с эпилептическим синдромом при опухоли мозга, энцефалите, но данные анамнеза и клинического осмотра делают данные предположения менее вероятными.

4.Для уточнения диагноза рекомендуется томография головного мозга (КТ или МРТ).

5.Предпочтительнее проводить монотерапию одним из противоэпилептических средств (вальпроат натрия, дифенин, карбомазепин), при резистентности - комбинирование препаратов.

**Тема 3.**Болевые синдромы. Классификация болевых синдромов. Рефлекторные болевые синдромы. Миофасциальный болевые синдромы. Прозопалгии. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Классификация болевых синдромов

2. Рефлекторные болевые фасциальные синдромы.

3. Дифференциальная диагностика синдрома нижней косой мышц, синдрома лестничных мышц, синдрома мышцы поднимающей лопатку и синдромв плече-лопаточного периартроза.

4. Компрессионные болевые синдромы. Диагностика. Лечение.

5. Сосудисто-дистрофические болевые синдромы.Диагностика и лечения.

6. Вертеброкардиальный синдром дифференциальный диагноз с ИБС инфарктом миокарда. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.

7. Принципы лечения болей в спине.

8. Прозопалгии. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.

9. Невралгия тройничного нерва. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.

***Темы для рефератов:***

1. Вертебро-неврологичекий осмотр и формулировка диагноза.

2. Реабилитация больных с дорсопатией.

3. Особенности терапии в связи с характером боли (ноцицептивная, нейропатическая, психогенная).

4. Фармакотерапия в вертеброневрологии.

5. НПВС в профилактике и лечении острой боли.

***Типовые ситуационные задачи***

*Задача 1.*

Пациент за последние 6 месяцев отмечает слабость в ногах, больше слева и онемение в теле и правой ноге. Считает себя больным в течение 2-3 лет. В начале была боль в грудной клетке опоясывающего характера, которая после приема анальгетиков уменьшалась. Пациент отмечает нарастающую слабость в левой ноге и онемение в правой ноге и туловище. Объективно: Спастический парез левой ноги, с повышением коленного и Ахиллова рефлекса и наличием пирамидных знаков (Симптом Бабинского и Россолимо), с клонусом левой стопы. Нарушена чувствительность с уровня 10 грудного сегмента справа. При люмбальной пункции на боку давление ликвора 120 мм. Вод. Ст. Белок- 3,2 г/л, ксантохромия. Цитоз – 3 кл в 1 мкл. На рентгенограмме грудного отдела позвоночника – деструкция дужек 6-7 позвон-ков (Симптом Эльсберга-Дайка). При нисходящей миелографии отмечена остановка кон-траста на уровне 6 грудного позвонка.

Вопросы:

1) Где локализуется патологический процесс?

2) Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.

3) С какими заболеваниями проводить дифференциальный диагноз?

*Задача 2.*

У пациента в течение 10 месяцев отмечалась стреляющая боль по задней поверхности правой голени и наружной поверхности правой стопы. Затем боль распространилась на левую ногу, область промежности и заднего прохода. Вместе с болью наросла слабость мышц в правой голени и стопе. Объективно: свисание правой стопы, атрофия и гипотония мышц правой голени, коленные рефлексы живые, равномерные, Ахиллов - справа отсутствует, слева – ослаблен. Снижение чувствительности в зоне иннервации L5 и S1 корешков справа. Нарушения мочеиспускания. При люмбальной пункции ликвор ксантохромный с образованием в пробирке сгустка, белок – 7,8 г/л, цитоз 2 кл в 1 мкл, резко положительны реакции Панди и Альперта. После люмбальной пункции появился вялый паралич правой ноги и парез левой ноги. На рентгенограмме позвоночника – без патологии.

Вопросы:

1) Где локализуется патологический процесс?

2) Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.

3) С какими заболеваниями проводить дифференциальный диагноз?

*Задача 3.*

У 9 летней девочки, после внутримышечной инъекции гентамицина в правую ягодицу, которую неделю тому назад произвела ей мама, появились жалобы на боль в месте инъекции, жжение и боль в правой голени, слабость в правой стопе. Объективно: имеется боль при пальпации правой ягодицы в месте выхода седалищного нерва, с иррадиацией по ходу нерва, снижен коленный рефлекс и угнетен Ахиллов, правая стопа отечная, свободно свисает, отсутствует тыльное сгибание стопы, определяется нарушение всех видов чувствительности на стопе по типу носка.

Вопросы:

1) Где локализуется патологический процесс?

2) Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.

3) Оперативное или консервативное лечение показано этой пациентке?

***Эталоны ответов на ситуационные задачи***

*Задача 1.*

1) В верхнегрудном отделе позвоночника.

2) Экстрамедуллярная опухоль спинного мозга с развитием синдрома Броун-Секара.

3) С интрамедуллярной опухолью спинного мозга.

*Задача 2.*

1) На уровне конуса спинного мозга в месте отхождения корешков.

2) Опухоль конского хвоста, что подтверждается характером развития процесса, данными, полученными при люмбальной пункции, отсутствием изменений на рентгенограммах позвоночника.

3) Остеохондроз позвоночника с грыжей межпозвонкового диска.

*Задача 3.*

1) В месте выхода седалищного нерва посередине ягодицы.

2) Ятрогенное поражение правого седалищного нерва, постиньекционный неврит правого седалищного нерва, периферический парез правой стопы.

3) Показано консервативное лечение: витамины, массаж, физиолечение.

***Типовые тестовые задания***

1. Синдром Броун-Секара возникает при поражении спинного мозга:

Полного поперечника

Передних рогов

Половины поперечника

2. При поперечном поражении грудного отдела спинного мозга наблюдаются расстройства чувствительности:

Проводниковые

Сегментарные

Корешковые

3. При поражении задних столбов спинного мозга наблюдаются нарушения чувствительности:

Температурной

Вибрационной

Болевой

4. Для "полиневритического" типа расстройства чувствительности наиболее характерны симптомы:

Расстройство чувствительности в соответствующих дерматомах

Боли в конечностях

Анестезия в дистальных отделах конечностей

Гемианестезия

5. Сегментарный тип расстройства чувствительности возникает при поражении:

Задних рогов спинного мозга

Задних столбов спинного мозга

Ядра спинального тракта тройничного нерва

Внутренней капсулы

6. Для поражения задних корешков наиболее характерны симптомы:

Боли

Диссоциированное расстройство чувствительности

Парестезии

Нарушение всех видов чувствительности

7. Нарушение чувствительности по проводниковому типу наблюдается при поражении:

Задних корешков

Серого вещества спинного мозга

Боковых столбов спинного мозга

Половины поперечника спинного мозга

Всего поперечника спинного мозга

8. Для поражения конского хвоста наиболее характерны симптомы:

Боли

Анестезия на нижних конечностях и в промежности

Спастическая параплегия нижних конечностей

Нарушение функции тазовых органов

Парезы ног по периферическому типу

9. Для поражения конуса наиболее характерны симптомы:

Нарушения функции тазовых органов

Анестезия в области промежности

Нарушения чувствительности по проводниковому типу

Парезы ног попериферическому типу

10. При поражении периферических нервов могут наблюдаться:

Боли и нарушения глубокой чувствительности

Боли и нарушение всех видов чувствительности

Нарушение болевой и температурной чувствительности

Все ответы верны

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

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

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

Промежуточная аттестация по дисциплине «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.

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

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

1. 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.

***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%22%20%5Cl%20%22%D0%9C%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC) 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%22%20%5Cl%20%22%D0%9E%D0%B3%D0%BB%D1%83%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) - [сопора](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%A1%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D1%80), легкого расходящегося косоглазия за счет правого глазного яблока, [анизокория](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%90%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F) (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%22%20%5Cl%20%22%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%B7). 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%22%20%5Cl%20%22%D0%90%D0%BC%D0%BD%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F). 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%22%20%5Cl%20%22%D0%A0%D0%B8%D0%B3%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C_%D1%88%D0%B5%D0%B8), [симптом Кернига.](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%9A%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%B3%D0%B0_%D1%81%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC)с двух сторон. Перкуссия черепа болезненна, больше справа, [скуловой симптом Бехтерева](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%91%D0%B5%D1%85%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%B0_%D1%81%D0%BA%D1%83%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC) справа, зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Сглажена левая носогубная складка, правосторонний [гемипарез](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%B7) со снижением силы до 3.5 баллов, [гиперкинез](http://neuro-exam.narod.ru/syndroms/syndroms.htm%22%20%5Cl%20%22%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%B7) 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

***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.

**Образец зачётного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической медицины

направление подготовки (специальность) *31.08.48 Скорая медицинская помощь*

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\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знатьклассификацию основных неврологических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, методы их диагностики и диагностические критерии. | вопросы № 1-5, 7-11, 15-20, 22, 23  |
| Уметьопределять патологические изменения при использовании диагностических методов исследования | практические задания: 1-5 |
| Владетьметодами оценки патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. | практические задания: 1-5 |
| 2 | ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи | Знатьметоды лечения и алгоритмы ведения пациентов на основе клинических рекомендаций (протоколов ведения), порядков и стандартов медицинской помощи при неврологических заболеваниях | вопросы № 1, 2, 6, 9, 12-23. |
| Уметьопределять методы лечения и тактику ведения на основе установленной патологии. | практические задания: 3-5 |
| Владетьметодами оценки эффективности лечебных мероприятий | практические задания: 3-5 |